



EuroAmerica
mundo financiero

SOLICITUD DE COBERTURA DENTAL

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

N° PÓLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
R.U.T.: ASEGURADO TITULAR	NOMBRE ASEGURADO TITULAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
USO COMPAÑÍA SUBITEM	NOMBRE DEL PACIENTE				EDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
N° DOCUMENTOS	TOTAL GASTOS	TOTAL BONIFICACIÓN ISAPRE	DIFERENCIA RECLAMADA	FECHA RECLAMO	FIRMA ASEGURADO TITULAR
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON CORRECTAS Y VERDADERAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO Y AUTORIZO A TODOS LOS CIRUJANOS DENTISTAS O CUALESQUIERA OTRA PERSONA QUE ME HAYA EXAMINADO, Y A TODOS LOS HOSPITALES O CUALESQUIERA OTRA INSTITUCIÓN PARA QUE SUMINISTRE INFORMACIÓN COMPLETA O COPIA DE SUS ARCHIVOS EN RELACIÓN CON ESTE RECLAMO A CONTRALORÍA DENTAL DE EUROAMERICA SEGUROS DE VIDA S.A.

DECLARACIÓN MEDICA

DR. PARA QUE EL PACIENTE PUEDA HACER USO DEL BENEFICIO DENTAL, AGRADECEMOS APORTAR LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:

R.U.T.	PROFESIONAL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CONVENIO REDENTAL	INTERÉS POR ESTABLECER CONVENIO		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

PRESTACIONES	PIEZA N°	FECHA DE EJECUCIÓN			VALOR UNITARIO	TOTAL \$
		DÍA	MES	AÑO		
		/	/	/		
		/	/	/		
		/	/	/		
		/	/	/		
		/	/	/		
		/	/	/		
		/	/	/		
GASTOS LABORATORIO		/	/	/		
TRATAMIENTOS PROLONGADOS COMPLETAR SEGÚN INSTRUCCIONES AL REVERSO					TOTAL \$	

ORTODONCIA

TIPO DE APARATOS	FECHA DE INSTALACIÓN	FECHA PRIMER CONTROL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DURACIÓN TOTAL APRÓX.	VALORES CLÍNICOS: APARATOS	CONTROLES MENSUALES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMENTARIO ODONTÓLOGO		FIRMA
<input type="text"/>		<input type="text"/>

OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORÍA DENTAL

FECHA CONTRALORÍA	MONTO APROBADO Y VÁLIDO
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

FECHA DE DESPACHO	TIMBRE Y/O FIRMA
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

Declaración del Asegurado

- N° de Póliza.
- Nombre o Razón Social Empresa.
- RUT y Nombre del asegurado titular.
- Nombre y Edad de Paciente.
- Detalle de documentación enviada.
- Firma Asegurado titular.

Declaración Médica:

Estimado Dr.:

Con el objeto que su paciente obtenga los reembolsos que le corresponden en forma expedita, es de suma importancia que complete usted de su puño y letra, el formulario entregando la información solicitada de la siguiente forma:

- Identificación.
- Describa el tipo de prestaciones, material y cantidad.
- Identifique el número de las piezas dentarias tratadas.
- En tratamientos prolongados como Ortodoncia, Rehabilitación y Disfunción, indique los valores Clínicos unitarios, por ejemplo: Valor de aparatos, Valor de cada control mensual, Valor de planos de relajación, Coronas provisionales, Costo de laboratorio, etc.

Indique fecha de ejecución de las prestaciones, por ejemplo: Instalación, Primer Control, Cementación, etc.

En caso de alguna duda comuníquese al teléfono **600 582 3000**

Certificación del Contratante

- Fecha de despacho
- Firma empleador

- 1 Conforme a lo señalado en el DS 1055, Informamos a Ud. que la liquidación de este siniestro será practicada directamente por EuroAmerica.
- 2 De no requerirse mayores antecedentes, la compañía dispondrá el pago del siniestro en un plazo de 3 días hábiles, hasta un máximo de 10 días hábiles.
- 3 A usted, le asiste el derecho a solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado, en lugar de la liquidación directa por parte de esta Compañía aseguradora. En tal caso, deberá informar su decisión por escrito, dentro del plazo de 5 (cinco) días contados a partir de la fecha de esta denuncia.
- 4 Si así lo hiciera, una vez recibida la notificación de oposición a la liquidación directa, la Compañía notificará en los dos (2) siguientes días, el nombre del liquidador asignado para el caso.
- 5 Hacemos presente, que el liquidador designado tiene el derecho a rechazar el nombramiento dentro de tres (3) días siguientes a su designación, en cuyo caso deberá designarse un nuevo liquidador conforme a los plazos señalados en el punto 3), en caso que este también se opusiese, se vuelve a presentar otro liquidador y así sucesivamente hasta que se produzca la aceptación de algunos de los designados.
- 6 El plazo máximo legal para emitir el informe de liquidación es de 45 días. Salvo que razones justificadas pudiesen llevar a solicitar una prórroga a dicho plazo.
- 7 Finalmente, informamos que una vez recibido el informe de liquidación, Ud. tiene el derecho a impugnarlo en un plazo de 10 días.