

DENUNCIA DE SINIESTRO
**Solicitud de Reembolso para
Seguro de Salud - Dental - Catastrófico**

1. Declaración Médica

Para permitir a nuestro paciente hacer uso de los beneficios del seguro de salud, solicitamos nos aporte los siguientes antecedentes.

Nombre del paciente	Edad
Naturaleza Enfermedad/Lesión	Fecha Diagnóstico
Diagnóstico y anamnesis	

Usar en caso de embarazo

N° de semanas	F.U.R
---------------	-------

Continuidad de Tratamiento

Si / No	Diagnóstico
---------	-------------

En caso de Hospitalización

Fecha ingreso	Intervención	Hospital y/o Clínica donde fue atendido
---------------	--------------	---

En caso de Prestación Dental

Prestación	N° Pieza	Fecha Atención	Valor Unitario	Total	Contraloría (U.C.O.)
Total Presupuesto					

En caso de ortodoncia

Tipo Aparato	Fecha Instalación	Fecha 1° Control	Costo Aparato	Costo Control Mensual
--------------	-------------------	------------------	---------------	-----------------------

Rut del profesional	Nombre del profesional
Especialidad	

Firma Médico / Odontólogo

2. Declaración del asegurado

N° de Póliza	Empresa Contratante	Rut Titular	Nombre Titular
Rut Paciente	Nombre Paciente	Fono Contacto	Email de Contacto
Sistema Previsión Salud			
<input type="checkbox"/> FONASA:	<input type="checkbox"/> ISAPRE:	<input type="checkbox"/> OTRA:	
N° Documentos Presentados	Monto Reclamado:		

En caso que los gastos médicos sean consecuencia de un accidente, rogamos adjuntar formulario de "declaración de Accidente".

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y faculto irrevocablemente a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., para que requiera o solicite toda la información sobre mis antecedentes patológicos o los de mi(s) dependiente(s), como también a los médicos y/o instituciones para que suministren a la compañía la información completa o copias de sus archivos, a objeto de analizar esta reclamación.

Además de los documentos acompañados a esta denuncia de siniestro, el Liquidador o la Compañía podrán solicitar otros documentos adicionales cuando las circunstancias del siniestro lo permitan o sea necesario aclarar o complementar la información proporcionada con esta denuncia.

Este siniestro será liquidado en forma directa por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., RUT: 99.185.000-7, domiciliada en Av. Apoquindo N° 5550, de la comuna de Las Condes, Santiago. Sin embargo, al asegurado o beneficiario le asiste el derecho a solicitar por escrito a la Compañía que la liquidación sea realizada por un liquidador oficial de seguros, para lo cual dispone de un plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha.

Con la firma de esta declaración usted acepta la declaración directa. La falta de firma posterga el inicio de la liquidación de este siniestro, tramitándose esta denuncia conforme al D.S. 1055.

Firma del Denunciante / Asegurado / Beneficiario
--

600 600 9090

chilena.cl

**Comprobante de Denuncia
de Siniestro**

Rut Paciente	Nombre Paciente	N° Documentos Presentados	Monto Reclamado:
--------------	-----------------	---------------------------	------------------

Sr. Asegurado, Sugerimos conserve este comprobante para posterior seguimiento de su siniestro.

Fecha de Envío a la Compañía:	/	/
-------------------------------	---	---

