

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES

### IMPORTANTE:

El formulario debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario quedará sujeto a devolución automática.

(\* ) Antes de completar esta solicitud de reembolso, lea atentamente las indicaciones señaladas al reverso.

Nombre o Razón Social del Contratante  N° Poliza  Fecha Presentación

### I.- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y PACIENTE

Nombre Asegurado Titular  Rut Asegurador Titular

Nombre Paciente  Rut Paciente  Parentesco

Sistema Previsional: Fonasa  Isapre  Especifique   
Sin Previsión  Otro  Especifique

Banco  N° Cuenta  Email

**Autorización:** Por este medio declaro que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo la Compañía de Seguros para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes clínicos o de los beneficiarios 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 **HDI Seguros de Vida S.A.**

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

### II.- DECLARACIÓN ODONTÓLOGO TRATANTE (Debe ser Completada por el Odontólogo con letra impresa)

Nombre Paciente  Rut Paciente  Fecha nacimiento

Nombre Odontólogo  Rut Odontólogo

Dirección  Ciudad  Teléfono

### Detalle de Tratamiento

Prestaciones y Caras Involucradas	Pieza N° o Grupo	Cantidad	Fecha Atención			Valor Unitario	Total
			Día	Mes	Año		
			/	/			
			/	/			
			/	/			
			/	/			
			/	/			
			/	/			
			/	/			
Costo Laboratorio			/	/			

Total \$ \_\_\_\_\_

### Ortodoncia

Tipo Aparatos  Fecha Instalación  Fecha Primer Control

Duración total tratamiento  Valor Clínico Aparatos  Controles Mensuales

Comentarios Odontólogo   
\_\_\_\_\_  
Firma Odontólogo

### III.- OBSERVACIONES CONTRALORIA DENTAL

Monto Aprobado   
 Fecha Contraloría