



**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		Continuidad de Tratamiento	
N° de semanas	F.U.R	Si / No	Diagnóstico

En caso de Hospitalización		
Fecha ingreso	Intervención	Hospital y/o Clinica 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

NO FOTOCOPIAR

**2. Declaración del asegurado**

Firma Médico / Odontólogo

N° de Póliza		Empresa Contratante	
Rut Titular		Nombre Titular	
Rut Paciente		Nombre Paciente	
Fono Contacto		e-Mail de Contacto	
Sistema Previsión Salud	FONASA:	ISAPRE:	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



Rut Paciente		Nombre Paciente	
N° Documentos Presentados		Monto Reclamado:	

Fecha de Envío a la Compañía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

### 3. Comunicaciones

Las notificaciones y comunicaciones que se realicen con ocasión de este denuncia, se efectuarán al correo electrónico indicado por el asegurado en este formulario o al registrado en su solicitud de incorporación. Cabe señalar que al asegurado o beneficiario le asiste el derecho de oponerse a la notificación por medio de correo electrónico; ante esta negativa, las comunicaciones se despacharán a través del contratante de la póliza.

### 4. Comunicación de otros seguros

Declaro que existen los siguientes seguros que cubren este mismo riesgo:

TIPO DE SEGURO	Nº PÓLIZA	COMPañÍA

se sugiere detallar los documentos entregados)

TIPO DE DOCUMENTO (Bono, Cartola, Boleta, Informe Médico, Rx, Receta, etc.)	FOLIO DOCUMENTO	MONTO RECLAMADO
Total reclamado		\$

USO INTERNO: Para ser llenado exclusivamente por el contralor dental.

#### Contraloría Pre

Monto Aprobado	Fecha	Nombre Contralor

\_\_\_\_\_ Firma y Timbre Contralor

#### Contraloría Post

Monto Aprobado	Fecha	Nombre Contralor

\_\_\_\_\_ Firma y Timbre Contralor

#### USO INTERNO: Observaciones

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-----  
**RECUERDE:**

Adjuntar documentos originales que respalden el gasto (bonos, boletas, reembolsos, recetas, etc.)  
 En caso de gastos hospitalarios, agregar: Pre-factura clínica/hospital y liquidación de Isapre, Informe Médico o Epicrisis de la Hospitalización  
 En caso de gastos por Accidente, agregar: Formulario de Declaración de Accidente  
 En caso de gastos de Coronas, Implantes y Endodoncias, agrega: Radiografías pre y post tratamientos.  
 En caso de haber presentado el siniestro en otra compañía de seguros, se requiere la presentación de fotocopias de documentación presentada en la otra compañía y la liquidación en original de dicho seguro.