



Seguros

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS DENTALES

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

Formulario with fields: Rut asegurado titular, Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Teléfono fijo, Celular, Correo electrónico (titular), Nombre del paciente-asegurado que efectúa el gasto, Parentesco, Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa), Isapre, Síntomas que originaron la visita al médico, Fecha primeros síntomas, Continúa el Tratamiento (Si/No), En caso de continuación del tratamiento, dar una referencia del caso, En caso de accidente indique la causa, Fecha de accidente (dd/mm/aaaa), Lugar del accidente, Gasto: fecha de gasto (dd/mm/aaaa), Fecha presentación del gasto a la Cia. (dd/mm/aaaa), N° de documentos, Monto del gasto a cobrar a la Cia.

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Text area for declaration: Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a la Compañía de Seguros, para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de alguno de mis dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos, o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos médicos. Este siniestro será liquidado en forma directa por BUPA Compañía de Seguros de Vida S.A., RUT: 76.282.191-5, domiciliada en Cerro Colorado 5240, Edificio Torre del Parque II, Piso 12, 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 liquidación directa. La falta de firma posterga el inicio de la liquidación de este siniestro, tramitándose esta denuncia conforme al D.S. 1055. Firma Asegurado

DECLARACIÓN DEL ODONTÓLOGO TRATANTE

Text area for dentist declaration: Con el objetivo que su paciente obtenga los reembolsos que le corresponden en forma expedita, informamos a ud. que los Gastos Dentales se reembolsan una vez realizadas dichas prestaciones. Fields: Nombre de paciente, Fecha de consulta o inicio tratamiento, Nombre odontólogo, Rut odontólogo, Reg. CONACEO, Dirección y Teléfono. Firma Odontólogo / Timbre

DETALLE TRATAMIENTO EFECTUADO

Table with 6 columns: Detalle de prestación, Grupo / Pieza / Cara, Fecha de atención, Valor unitario, Monto total, Total. Includes a row for 'Detalle y Costo Laboratorio' and a 'Total \$' row.

ORTODONCIA

Form with fields: Tipo de Aparatos, Fecha de Instalación Aparatos, Fecha primer control, Duración total aproximada tratamiento, Costo Total Instalación, Valor controles mensuales

CERTIFICACIÓN EMPRESA CONTRATANTE

Form with fields: Razón social empresa, N° Póliza, Fecha envió a Cia. Seguros, Firma / Timbre Empresa. Text: Certificamos que el asegurado titular señalado, es empleado activo de nuestra empresa, que su seguro estaba vigente al momento en que incurrió en los gastos dentales y que sus dependientes se encuentran amparados bajo el seguro indicado.



INSTRUCCIONES PARA EL ASEGURADO TITULAR

1. Documentos que se deben adjuntar.
 1. Formulario para reembolso dental
 2. Presupuesto dental detallado
 3. Boleta original con timbre de Isapre de No bonificable
 4. Bono o reembolso de Isapre de prestación en cobro.
 5. Radiografías según se detalla:
 - a. Radiografías de diagnóstico bite-wing, periapical y/o panorámica para obturaciones proximales, extracciones de piezas incluidas o semi-incluidas y periodontitis moderada a avanzada.
 - b. Prótesis Fija: Radiografía de diagnóstico de piezas pilares.
 - c. Endodoncia debe enviarse la radiografía inicial, radiografía de conductometría y radiografía de control.
 - d. Implantes: Radiografía o scanner de diagnóstico, radiografía de control de implante y radiografía de control de rehabilitación (se paga por etapas de tratamiento)
 - e. En los tratamientos de Ortodoncia, se reembolsará inicialmente la instalación y costo de los aparatos, reembolsándose los controles una vez realizados. El dentista debe indicar tipo de aparatos y costo de instalación, valor y número total de controles (duración del tratamiento) en la primera solicitud.
 - f. Cualquier antecedente adicional que facilite la evaluación de cada caso será de utilidad y agradeceremos que se envíe a la Compañía.

DECRETO SUPREMO N° 1055

Artículo 21.- Oposición a la liquidación directa.

El asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días contado desde la notificación de la comunicación de la compañía de seguros, oponerse a la liquidación directa, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador.

En caso de oposición oportuna del asegurado, la compañía de seguros deberá elegir y designar a un nuevo liquidador registrado en la Superintendencia de Valores y Seguros, dentro del plazo de 2 días contados desde dicha oposición.

Artículo 26.- Impugnación del Informe de Liquidación.

Recibido el informe de un liquidador registrado, la compañía de seguros y el asegurado dispondrán de un plazo de 10 días para impugnarlo. En caso que la liquidación sea practicada directamente por el asegurador, sólo el asegurado estará facultado para impugnar el informe de liquidación, dentro del plazo mencionado anteriormente.

En el caso que la liquidación directa por el asegurador determine la procedencia del pago de la indemnización y su monto en el respectivo informe de liquidación, la compañía de seguros deberá proceder a su pago en el plazo de 6 días.

Impugnado el informe de liquidación, el liquidador o la compañía aseguradora, en su caso, deberá dar respuesta a dicha impugnación dentro del plazo de seis días contado desde su recepción.

La respuesta del liquidador a las impugnaciones efectuadas se remitirá al asegurado y asegurador, en forma simultánea.

Artículo 27.- Pago de la indemnización.

Si dentro del plazo de 5 días de concluido el proceso de liquidación, persistieran las diferencias entre el asegurador y el asegurado respecto del monto de la indemnización o sobre su procedencia, la compañía de seguros deberá notificar al asegurado su resolución final respecto al siniestro. Se entenderá concluido el proceso de liquidación, una vez que sean contestadas las impugnaciones o venzan los plazos para impugnar.

El siniestro deberá ser pagado por la compañía de seguros dentro de los 6 días siguientes de notificada la resolución de la compañía de seguros respecto de la procedencia del pago de la indemnización, salvo que la póliza disponga un plazo distinto, el cual, en todo caso, no podrá exceder de los 6 días señalados anteriormente en el caso de pólizas depositadas en la Superintendencia de Valores de Seguros. En el mismo plazo, deberá ponerse a disposición del asegurado la suma no disputada, si la hubiere.

MANDATO PARA EL USO DE INFORMACION

"En este acto declaro que aceptar y autorizar a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a mi estado de salud o el de los beneficiarios de este seguro, y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, Ley N°20.584 sobre Confidencialidad y Secreto Médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y otras.

Adicionalmente, conforme a lo señalado en la ley N° 19.628, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros con la que estoy contratando el (los) presente (s) seguro (s), o quien sus derechos represente, o su reasegurador, o la Isapre con quien tenga convenio, para hacer uso de mis datos o los de los beneficiarios, que sean de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora, reaseguradora o Isapre para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la compañía aseguradora, reaseguradora o Isapre tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario.

Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía Aseguradora, reaseguradora o Isapre en el análisis de otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la asegurada, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismo fines".

OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORIA MEDICA

FECHA CONTRALORIA	MONTO APROBADO Y VALIDADO	VB°
-------------------	---------------------------	-----

Obs.	
------	--