Formulario de Seguro Dental

Sindicato N° 1 de Trabajadores Minera Escondida

1. Declaración Médica

Se solicita que la siguiente información sea completada por el odontólogo.

Nombre del Paciente.	Fecha Nacimiento:
Tipo atención:	Fecha inicio tratamiento:

Código	Prestaciones	Pieza N°	Fecha Atención	Valor 100%	Valor 80%	Valor Aprobado

Nota: Es importante que se adjunten las imágenes radiográficas o fotografías clínicas de respaldo pre y post tratamiento (según corresponda) y boletas originales correspondientes al tratamiento realizado.	TOTAL, PRESUPUESTO APROBADO
	POR CONTRALORIA

Identificación Odontólogo.

Nombre Odontólogo:	Rut de Facturación:
Nombre Centro Médico:	Ciudad Centro Médico:
Teléfono Contacto:	Correo Electrónico:

2.- Declaración del Asegurado

Nombre Asegurado Titular:	Rut Asegurado Titular:
Nombre Paciente:	Rut Beneficiario:

Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y faculto irrevocablemente a Sigma Dental y/o BCI Seguros, para que solicite antecedentes adicionales a los Odontólogos y/o Instituciones con el fin de evaluar correctamente el gasto presentado para la autorización de la contraloría dental.

Aprobado

Firma Titular

Alta