

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

SEGURO DENTAL

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS DE SEGURO DENTAL CON PRESTADOR PREFERENTE.

- Debe agendar hora con prestador preferente, ingresando al sitio www.segurodental.cl.chubb.com, habilitado por la compañía Chubb Seguros Generales o agendar de forma directa en el centro dental de la red preferencial.
- El beneficio se aplica en línea a través de sistema IMED y no deberá presentar formulario de reembolso para gastos dentales.
- En caso excepcional y/o si su atención dental no fue cubierta en línea por el prestador preferente, usted deberá realizar la solicitud de reembolso directo en la página web de la compañía www.segurodental.cl.chubb.com, adjuntando: boletas y/o bonos de los gastos incurridos.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS DE SEGURO DENTAL CON PRESTADOR LIBRE ELECCIÓN.

Si su atención dental ha sido realizada en un prestador de libre elección, debe cargar en el sitio privado de clientes www.segurodental.cl.chubb.com, los siguientes antecedentes:

- Formulario declaración de siniestro **firmado por el médico tratante** (adjunto en este procedimiento y disponible en www.segurodental.cl.chubb.com)
- Recibos, boletas y facturas cuando corresponda.
- Copia de bonos.
- Copia de órdenes de atención.
- Copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido extendidos a nombre del asegurado.
- Antecedentes médicos y exámenes radiológicos requeridos para el diagnóstico y tratamiento.

El plazo máximo para presentar la documentación es de **45 días hábiles** desde realizada la atención dental.

La compañía de seguros queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios en cada caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y/o determinar su monto.

Importante: Para mayor información sobre cobertura y condiciones de su producto, favor consultar la póliza del seguro contratado.

En caso de dudas llamar al **800 210 023 de lunes a viernes de 9 a 18 hrs.**

Solicitud de Reembolso Dental

Datos del asegurado

Nombre asegurado titular:

N° de Rut:

Teléfono:

Dirección:

Nombre paciente:

N° de Rut:

Edad paciente:

Correo electrónico:

Continuidad de la atención: Sí No

N° cuenta:

Tipo de
cuenta:

Banco:

Datos del odontólogo/centro médico

Nombre de centro médico/clínica:

N° de Rut:

Nombre del odontólogo:

N° de Rut:

Especialidad:

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono:

Móvil:

Estimado Doctor, para que su paciente pueda hacer uso de su seguro complementario, le pedimos por favor completar los siguientes antecedentes.

Tratamientos dentales

Prestación	N° de pieza dentaria	Fecha de la atención	Valor unitario	Cantidad	Monto Total Reclamado
Totales					

Recuerde

Adjuntar las Radiografías de diagnóstico y de término de tratamientos para las siguientes prestaciones dentales: endodoncias, implantes, coronas, carillas, tratamientos periodontales de enfermedad moderada a severa.

Por este medio solicito y autorizo a Chubb Seguros para que cualquier pago que proceda a mi favor por concepto de reembolso, se realice por transferencia electrónica de fondos a la cuenta que he informado a la Compañía.

El asegurado declara, que el estado de cuenta bancario proporcionado se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a Chubb Seguros.

Por este conducto acepto y reconozco en mi calidad de asegurado titular y en representación de mis Dependientes Económicos, haber o que han recibido los servicios odontológicos que se mencionan en el presente formato. Autorizo a Chubb el uso y divulgación de los datos personales y sensibles proporcionados en este documento para los fines que consideren necesarios en el cumplimiento de los términos y condiciones de la Póliza de Seguros y Aviso de privacidad que conozco se encuentra disponible en la página de Chubb Chile.

Asimismo, declaro que la información contenida en el presente formato es real y en su llenado no ha mediado dolo, error, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones para el tratamiento de mis datos personales.

Fecha:

Firma dentista

Nombre

Rut

Firma asegurado

Nombre

Rut