



### **3. Comunicaciones**

Las notificaciones y comunicaciones que se realicen con ocasión de este denuncio, 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**

三三三三三三三

**RECUERDE:** Adjuntar documentos originales que respalden el gasto (boletos, recambios, recetas, etc).

**Adjuntar documentos originales que respalden el gasto (bonos, boletas, reembolsos, recetas, etc).**

**En caso de gastos hospitalarios, agregar:** Pre-factura clínica/hospital y liquidación

**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.