

## I. ANTECEDENTES DEL SOCIO

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRE</b>
<b>R.U.T.</b>	<b>ISAPRE (Identifique)</b>	<b>FONASA (marque con una X)</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<b>CÉLULAR</b>	<b>TELÉFONO OFICINA</b>

## II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE (socio o carga)

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRE</b>
<b>R.U.T.</b>	<b>PARENTESCO (carga)</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>

## III. ANTECEDENTES BONO DENTAL Adjuntar los documentos originales que acrediten el o los gastos dentales incurridos.

<b>N° DOCUMENTOS ADJUNTOS</b>	<b>TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS</b>	<b>CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO (marque con una X)</b>	<b>URGENCIA (marque con una X)</b>

## IV. ANTECEDENTES CIRUJANO DENTISTA TRATANTE

<b>NOMBRE COMPLETO</b>		
<b>RUT</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>TELÉFONO</b>

## V. DECLARACIÓN SIMPLE Y SANCIÓN

### Declaración Simple:

Declaro presentar toda la documentación en original y autorizo la verificación de los documentos adjuntos.

### Sanción:

#### Reglamento de Bienestar, Título V De las sanciones y su procedimiento, Artículo 9°:

En el hecho que el afiliado obtuvo o pretendió obtener beneficios económicos valiéndose de documentos o datos falsos, deberá reembolsar la suma percibidas indebidamente, con un recargo del 100% de su valor.

## VI. AUTORIZACIÓN FORMA DE PAGO

<b>PAGO CON CHEQUE (marque con una X)</b>	<b>PAGO CON DEPOSITO (marque con una X)</b>	<b>SEÑALE CUENTA VISTA O CUENTA CORRIENTE</b>	<b>INSTITUCIÓN BANCARIA</b>	<b>N° DE CUENTA</b>

FECHA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD

FIRMA SOCIO

DEPTO. DE BIENESTAR