

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

ESTA SECCIÓN DEBER SER LLENADA POR EL ASEGURADO Y ADJUNTAR A LAS CUENTAS DETALLADAS.

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentales ocurridos por mi persona.			
1. Nombre del Paciente:			
2. Fecha de Nacimiento: Día Mes Año		3. Sexo F ☐ M ☐	
4. Identidad:			
5. Fue causada la dolencia por un accidente? SI ☐ NO ☐		En caso Afirmativo Indique ¿Dónde ocurrió?	
¿Cuándo ocurrió?	Día	Mes	Año
¿Cómo ocurrió?			
6. Es causada la dolencia por enfermedad? SI ☐ NO ☐		¿Cuando comenzó? Día Mes Año	
7. Nombre y dirección del primer cirujano dentista consultado:		Fecha de la Primera Visita	
		Día Mes Año	
8. Nombre y dirección de su cirujano dentista actual y de otros que lo asisten por esta condición:			
Nombre		Dirección	
Teléfono			
Actual:			
Otros:			
Otros:			
9. Indique si tiene otro tipo de cobertura Medica o Dental: SI ☐ O ☐ Nombre de la Compañía:			

Certifico haber contestado sinceramente las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos según mi leal entender, asimismo, autorizo a todos los doctores, dentistas, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que me preste algún servicio médico, para que suministre a la Compañía de Seguros todos los informes que esta requiera, incluyendo copia de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos prestado a mi persona.

Lugar y Fecha:	Firma del Empleado
Nombre del empleado:	

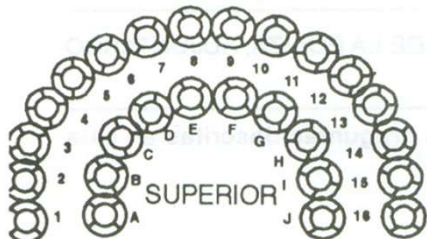
NO OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE.

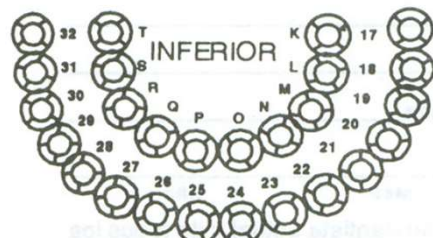
Nombre del contratante: (Favor escribir a maquina o en letra de molde)	
Nombre del empleado(Favor escribir a maquina o en letra de molde)	Fecha efectiva del seguro:Día Mes Año
Nombre del dependiente (si corresponde)	Fecha efectiva del seguro:Día Mes Año
No. de Póliza:	No. de certificado:
Observaciones:	

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL CIRUJANO DENTISTA.

**Marque dientes no existentes y
dientes trabajados**



1ZQ.



FACIAL

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Cirujano dentista: _____

Dirección:

Fecha de la primera consulta

Lugar del Tratamiento:

Día Mes Año

Consultorio	☐	Hospital	☐
-------------	--------------------------	----------	--------------------------

¿Las Radiografías han sido incluidas?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuántas?

¿Es el tratamiento resultado de enfermedad? SI ☐ NO ☐

Explique:

¿Es el tratamiento resultado de un accidente? SI ☐ NO ☐

Explique:

¿Son los servicios cubiertos por otro plan? SI ☐ NO ☐

Explique:

¿Es el tratamiento de prótesis de un
un reemplazo inicial? SI ☐ NO ☐

Razón de reemplazo:

Fecha de reemplazo anterior:

Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte de tratamiento o examen realizado:

Costo estimado del tratamiento:	Lps.
---------------------------------	------

Costos de servicios ya suministrados	Lps.
--------------------------------------	------

[illegible]