

Formulario de Reclamación - Tratamientos Dentales

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, conteste cada una de las preguntas detalladamente y con letra clara
(de preferencia completar el formulario a máquina o con letra de molde)

SECCION A

DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Nombre de asegurado: _____ No. Póliza: _____ No. Certificado: _____

Fecha efectiva del Seguro: _____

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentales incurridos por mí por mí esposo (a) por mí hijo (a)

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de nacimiento: _____

3. Sexo: Masculino

Femenino

4. Fue causada la dolencia por un accidente

SI

NO

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Como Ocurrio? _____

5. Nombre del dentista consultado: _____

Dirección: _____

6. Fecha de la primera visita: _____

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental:

Nombre de la Aseguradora: _____

Dirección: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron, y a todos los Hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información; incluyendo copias de sus archivos.

Fecha _____

Firma del Asegurado Titular

