



FORMULARIO DE RECLAMACION SEGURO DENTAL

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

ESTA SECCION DEBE COMPLEMENTARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL TENEDOR DE LA POLIZA, ADJUNTANDO LAS CUENTAS DE LOS GASTOS DENTALES EN FORMA DETALLADA.

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 incurridos por mí por mi esposo (a) por mi hijo (a)

1. Nombre del paciente _____

2. Fecha de Nacimiento _____

3. Sexo: Masculino Femenino

4. ¿Resulta la dolencia de la Ocupación del paciente?

SI NO

Indique índole de la dolencia: _____

5. ¿Fue causada la dolencia por un accidente?

SI NO En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad

¿Cuándo comenzó? _____
DIA MES AÑO

7. Nombre y dirección del primer dentista consultado

8. Fecha de la primera visita _____

DIA MES AÑO

9. Nombre y dirección de su dentista actual y de todos los otros que lo asisten por esta enfermedad

10. Indique si tiene otro tipo de cobertura Médica y Dental.

Nombre 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 exactas de sus Registros Clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del ARTICULO 915 del Código de Comercio "EXTINCION DE RESPONSABILIDAD": Que si con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones, el Asegurador quedará exento de sus obligaciones.

Firma del Asegurado: _____

Fecha: _____
DIA MES AÑO

Nombre del Asegurado: _____

Dirección: _____

Tel.: _____

NO SE OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

Esta sección debe ser completada por el contratante

La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Inscripción.

Nombre del Asegurado (Favor escribir a máquina o letra de molde)	Fecha efectiva del Seguro
Nombre del Dependiente, si corresponde	Fecha efectiva del Seguro
No. de Póliza	No. del Certificado
Nombre de la Póliza, Contratante, Etc.	Fecha
Firma y Sello del Contratante	Cargo

SEGUROS EL ROBLE, S. A. 7a. Avenida 5-10, Zona 4 Torre II, Centro Financiero, Nivel 16
PBX: 2420-3333

