



# ASEGURADORA GENERAL, S. A.



## FORMULARIO DE RECLAMACION TRATAMIENTOS DENTALES

GUATEMALA, GUATEMALA, C. A.

### SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

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 mi  por mi esposo (a)  por mi hijo (a)

1. Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

5. Nombre y Dirección de su dentista consultado

2. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

3. Sexo Masculino  Femenino

6. Fecha de la primera visita \_\_\_\_\_

4. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? SI  NO

DIA MES AÑO

En caso afirmativo indique:

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura Dental.

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

Nombre Aseguradora \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a ASEGURADORA GENERAL, S. A., cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Guatemala \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado

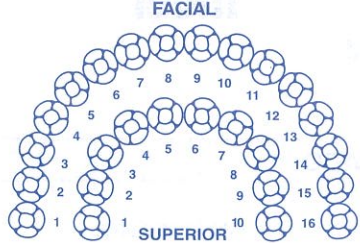
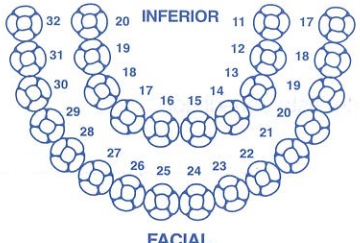
Firma del Asegurado

Número de Certificado: \_\_\_\_\_

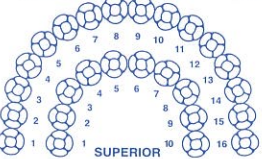
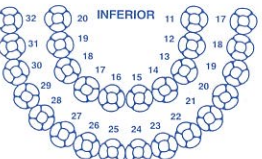
Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

NO OLVIDE ADJUNTAR POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESISTA, RADIOLOGO, LABORATORISTA, RESULTADOS DE LABORATORIO, MEDICINAS, RECETAS Y RX).

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA**

<p><b>MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES</b></p> <p align="center"><b>FACIAL</b></p>  <p align="center"><b>SUPERIOR</b></p> <p>DER. <span style="margin-left: 150px;">IZQ.</span></p>  <p align="center"><b>FACIAL</b></p>	Nombre del Dentista: _____	
	Dirección: _____	Fecha primera visita: _____
	Las Radiografías han sido incluidas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuántas _____	
	¿Es el tratamiento resultado de un accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPLIQUE: _____
	¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?	Si no razón de reemplazo _____ Fecha de Reemplazo anterior _____
OBSERVACIONES DEL DENTISTA:		
Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o exámen realizado.		
Nombre del Asegurado: _____		
Nombre del Paciente: _____		

DIENTE No.	SUPER-FICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					/	//	///

<p><b>MARQUE PIEZAS TRABAJADAS</b></p> <p align="center"><b>FACIAL</b></p>  <p align="center"><b>SUPERIOR</b></p> <p>DER. <span style="margin-left: 150px;">IZQ.</span></p>  <p align="center"><b>FACIAL</b></p>	<p>TOTALES</p> <p>DEDUCIBLE</p> <p>BALANCE</p> <p>BENEFICIOS%</p> <p>A PAGAR</p>			
	<p>Póliza No. _____</p> <p>Certificado No. _____</p> <p>Aniversario: _____</p> <p>Edad: _____</p>		<p>Calculado por: _____</p> <p>Revisado por: _____</p> <p>Fecha _____</p>	
	<p>Fecha: _____</p> <p>_____</p> <p align="center">FIRMA Y SELLO DEL DENTISTA</p>	<p>CUENTA</p>	<p>EMP DEP</p>	<p>Cheque No. _____</p> <p>Fecha: _____</p>