



**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 sección debe completarse por el reclamante y someterse al tenedor de la póliza, adjuntando las cuentas de los gastos dentales en formas detalladas

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: _____

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: _____

1 ¿Se encuentra en tratamiento actualmente? Si No

En caso afirmativo indique: _____

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 archivos pertenecientes a este reclamo.

Nombre del empleado: _____

Cargo del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Fecha:

DIA

MES

AÑO

NO SE OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PATRONO

La siguiente información deber ser obtenida de la Tarjeta de Consentimiento

Nombre del Empleado (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, Patrono, etc.	Fecha:
Firma y Sello del Patrono:	Cargo:

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

<p>Marque dientes no existentes</p>	Nombre del Dentista y su dirección:			
	Fecha de la primera visita:			
	Lugar del Tratamiento:	Consultorio: <input type="checkbox"/>	Hospital: <input type="checkbox"/>	
	Las Radiografías han sido incluidas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántas			
	¿Es el tratamiento resultado de accidentes o enfermedad ocupacional?	Si	No	Explique:
	¿Es el tratamiento resultado de un accidente?			
¿Son los servicios cubiertos por otro plan?				
¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?			Razón de reemplazo Fecha de reemplazo anterior	
Use el orden numérico o alfabético indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o exámen realizado				
Servicio Suministrado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Paciente:				

A CONTINUACION DETALLAR CADA PROCEDIMIENTO, FECHA DE SERVICIO Y SU COSTO, EL CUAL DEBE COINCIDIR CON EL VALOR DE LA FACTURA

DIENTE No	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					/	//	///
Observaciones:					TOTALES		
					DEDUCIBLE		
					BALANCE		
					BENEFICIOS%		
					A PAGAR		

Firma y Sello del Dentista:
F: _____

Fecha:

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----