



**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 DESCRIPTAS 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)

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 En caso afirmativo indique: Si No

En caso afirmativo indique: _____

5 Fue causada la dolencia por un accidente

Si No

En caso afirmativo indique

¿Cuando ocurrió?

DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió?

¿Cómo ocurrió?

6 En caso de enfermedad

¿Cuando comenzó?

DIA MES AÑO

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: _____

DIA MES AÑO

Cargo del empleado: _____

Fecha: _____

Firma del empleado: _____

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

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

Observaciones:

TOTAL ES

DEDUCIBLE

BALANCE

BENEFICIOS%

A PAGAR

Firma y Sello del Dentista:

F:

Echa:

DIA

MES

AÑO