

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SEGURO DENTAL

ESTA SECCION DEBE COMPLETARSE 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 mi por mi esposo (a) por mi hijo (a)

1. Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

2. Sexo: Masculino Femenino

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

SI NO

4. Indique índole de la dolencia: _____

5. ¿Fue causada la dolencia por un accidente?

SI NO En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
Día Mes Año

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad

¿Cuándo comenzó? _____
Día Mes Año

7. Nombre y dirección del primer dentista consultado:

8. Fecha de la primera visita: _____

_____ Día 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 archivos perteneciente a este reclamo.

Firma del Empleado _____

Nombre del Empleado _____

Fecha _____
Día Mes Año

NO SE OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

Esta sección debe ser completada por el Patrono

La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Inscripción

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. de Certificado
Nombre de la Póliza, Patrono, etc.	Fecha
Firma y Sello del Patrono	Cargo

