

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN TRATAMIENTOS DENTALES

SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

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: _____

6. Fecha de la primera visita: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____

_____ DIA _____ MES _____ AÑO

3. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental.

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

Nombre Aseguradora _____

En caso afirmativo indique:

Dirección _____

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA _____ MES _____ AÑO _____

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

8. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono donde podemos localizarlo

5. Nombre y Dirección del dentista consultado:

No. Póliza a la que pertenece :

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales para que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Fecha: _____
DIA _____ MES _____ AÑO _____

No de Certificado/ No de Póliza

[illegible]