

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN SEGURO DENTAL

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO		
Nombre de la Póliza:	Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:
Nombre del Asegurado:		
Nombre completo del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: dd/mm/aa
El paciente es: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Índole de la dolencia : <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad	Fecha inicio dolencia: dd/mm/aa
<p>Por este medio certifico que las respuestas aquí dadas son verdícas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron, 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.</p>		
La dolencia es a resultado de la ocupación del paciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la dolencia fue causada por un accidente indique: Lugar del suceso:		Fecha: dd/mm/aa
Cómo ocurrió:		Firma del Asegurado:
Primer dentista que le trató por esta dolencia:		
Nombre	Dirección	Fecha primera visita
Dentista que le trata por esta dolencia y otros que lo asisten:		
Nombre	Dirección	Teléfono
En caso de tener alguna cobertura dental con otra compañía de seguros, indicar:		
Nombre	Dirección	Teléfono
<p>ESTA SECCION DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL CONTRATANTE DE LA PÒLIZA ADJUNTANDO LAS CUENTAS DE LOS GASTOS DENTALES EN FORMA DETALLADA.</p>		

SECCIÓN II - A LLENAR POR EL PATRONO		
Nombre de la Póliza:	Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:
Nombre completo del empleado:	Fecha efectiva del seguro: dd/mm/aa	
Nombre completo del dependiente (si aplica):	Fecha efectiva del seguro: dd/mm/aa	
Nombre del representante de la empresa:	Cargo	
Fecha: dd/mm/aa	Firma y sello:	

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de reclamo complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras. Adjunte a este reclamo los originales de las facturas de los gastos de clínica de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en su caso. Adjunte también las radiografías que fueron necesarias (iniciales y finales). El médico tratante debe completar toda la información solicitada en la sección III.

