



## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DENTAL

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL TENEDOR DE LA PÓLIZA, ADJUNTADO 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 Cónyuge  por mi hijo(a)

1. Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

2. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

3. Sexo: Masculino  Femenino  MES / DIA / AÑO

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? \_\_\_\_\_ MES / DIA / AÑO  
 ¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

6. En caso de enfermedad  
 ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_

7. Nombre y dirección del primer dentista consultado  
 \_\_\_\_\_

8. Fecha de la primera visita  
 \_\_\_\_\_ MES / DIA / 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 verdícas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y Dentistas 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 \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ MES / DIA / AÑO      Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

### 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 Enrolamiento

Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina o letra de molde)		Fecha efectiva del seguro MES/DIA/AÑO
Nombre del dependiente (si corresponde)		Fecha efectiva del seguro MES/DIA/AÑO
No. del Grupo	No. de Certificado	
Nombre del Tenedor de la Póliza, Patrono, etc.		Firma
Cargo		Fecha MES/DIA/AÑO

SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA

