



## 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

