



IMPORTANTE: Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario

**SECCIÓN "A": DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR**

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: \_\_\_\_\_

2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Sexo: Femenino  Masculino

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

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

5. Nombre y dirección del dentista consultado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental

Nombre de aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

8. Importante: Favor indicarnos la dirección, teléfono y correo electrónico a donde podemos contactarle:

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN "B" APLICA ÚNICAMENTE SI EL CONTRATANTE ES UNA EMPRESA**

¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? Sí  NO

¿Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad? Sí  NO

¿Recomienda que se pague esta incapacidad? Sí  NO

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, personas que me atendieron y a todos los hospitales que suministren a la compañía de seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Nombre del asegurado

Firma del asegurado titular

No. Póliza: \_\_\_\_\_

Certificado: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

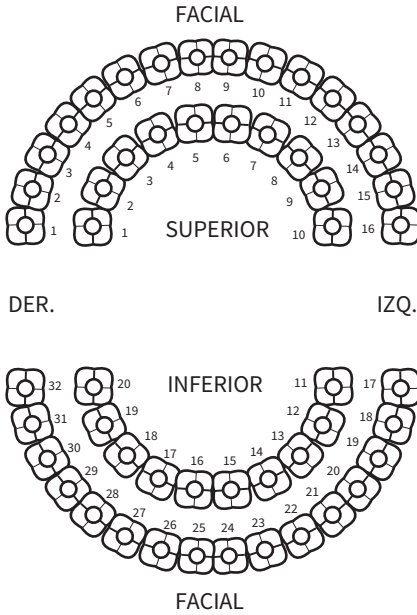
\_\_\_\_\_ No. de DPI

Nota: adjuntar al presente reclamo las facturas detalladas de servicios recibidos y resultados de RX



# ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

**MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES**



Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de primera visita: \_\_\_\_\_

Las radiografías han sido incluidas. Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cuántas: \_\_\_\_\_

¿Es el tratamiento resultado de un accidente?	SÍ	NO	EXPLIQUE
¿Es el tratamiento de prótesis de reemplazo inicial?	SÍ	NO	Sí no, razón de reemplazo      Fecha de reemplazo anterior.

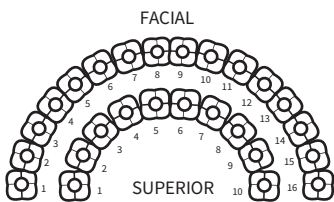
OBSERVACIONES DEL DENTISTA: \_\_\_\_\_

Use el orden numérico indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado.

Nombre del asegurado titular: \_\_\_\_\_

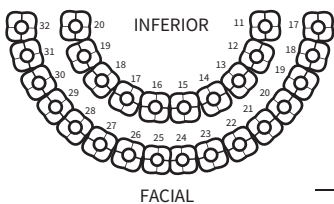
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

DIENTE No.	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					I	II	III



**MARQUE PIEZAS TRABAJADAS**

DER. IZQ. FECHA: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del dentista

Totales	
Deducibles	
Balances	
Beneficios %	
A pagar	
Póliza No.	Calculado por: Revisado por: Fecha:
Certificado No.	
Aniversario:	
Edad:	