

SECCION A: PARA 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:

DIA

MES

AÑO

2. Fecha de Nacimiento: _____

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental.

3. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Nombre Aseguradora _____

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

Dirección

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

8. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos comunicarnos con usted

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 médicos y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y otras instituciones para que suministre a Seguros El Roble cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y Rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Fecha:

DIA

MES

AÑO

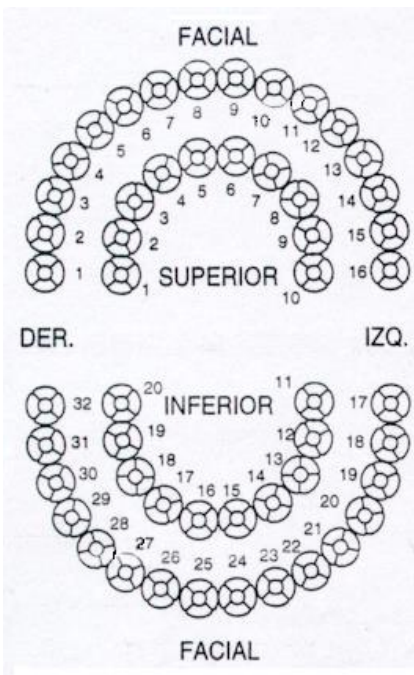
No. Certificado: _____ Teléfono: _____

1/2

No olvide adjuntar por separado las facturas detalladas de los gastos de todos y cada uno de los profesionales e centros que intervinieron en el caso, así como las radiografías antes y después del tratamiento.

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES



Nombre del Dentista. _____

Dirección. _____

Fecha de primera visita. _____

Las Radiografías han sido incluidas. SI ____ NO ____ Cuántas _____

Es el tratamiento resultado de Un accidente. SI NO EXPLIQUE.

Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial? SI NO Si no, razón de reemplazo Fecha de reemplazo Anterior.

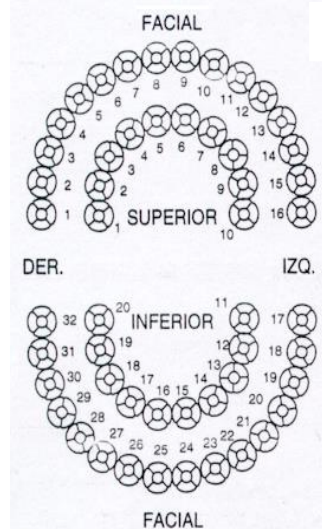
OBSERVACION DEL DENTISTA.

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	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO I II III		



MARQUE PIEZAS TRABAJADAS

Fecha: _____

Firma y Sello del Dentista _____

TOTALES

DEDUCIBLES

BALANCE

BENEFICIOS %

A PAGAR

Póliza No.

Certificado No.

Aniversario.

Edad

Calculado por.

Revisado por.

Fecha.

CUENTAS

EMP
DEP

CLAVE

Cheque No. _____

Fecha. _____