ASEGURADORA GENERAL

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA TRATAMIENTOS DENTALES

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 mí 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: _____

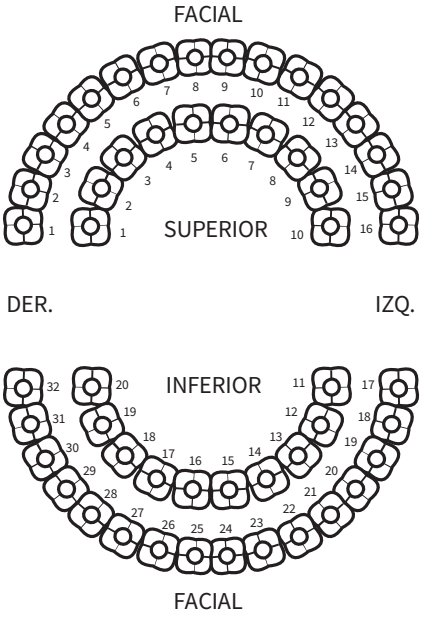
Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

_____ 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.

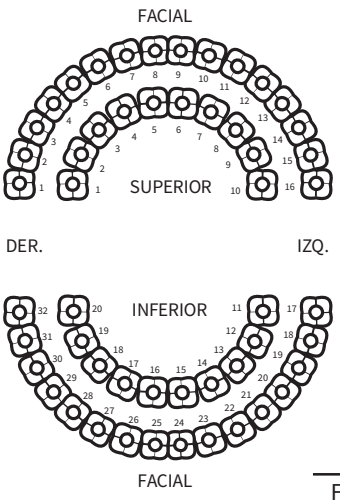
OBSERVACIONES DEL DENTISTA:

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

FECHA: _____

Totales	
Deducibles	
Balances	
Beneficios %	
A pagar	

Póliza No.

Certificado No.

Aniversario:

Edad:

Calculado por:

Revisado por:

Fecha:

_____
Firma y sello del dentista