

# FORMULARIO DE RECLAMACION 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

3. Sexo: Femenino  Masculino

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

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

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

6. Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental.

Nombre Aseguradora \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 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 la Tarjeta de Crédito

