



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN TRATAMIENTOS DENTALES



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 Aseguradora General, S.A. 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

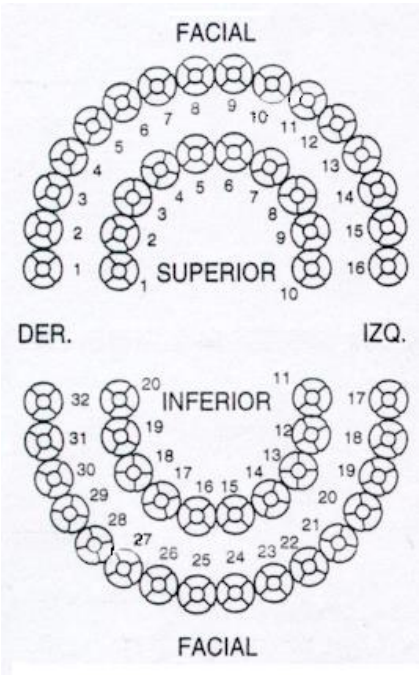
AÑO

No. Certificado: _____ Teléfono: _____

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.

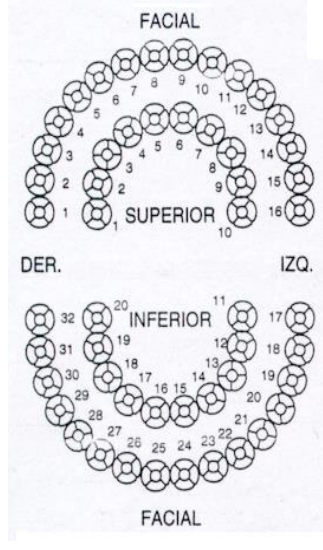
OBSERVACION DEL DENTISTA.

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.	Calculado por.
Edad			Revisado por.
			Fecha.
CUENTAS	EMP DEP	CLAVE	Cheque No. _____ Fecha. _____