

ESTA SECCION DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL TENEDOR DE LA POLIZA, ADJUNTANDO LAS CUENTAS DE LOS GASTOS DENTALES EN FORMA DETALLADA

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 mi por mi cónyuge por mi hijo(a)

1. Nombre del paciente _____

2. Fecha de nacimiento _____

3. Sexo: masculino femenino

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

en caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
Mes/ día /año

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

5. En caso de enfermedad:

¿Cuándo comenzó? _____
Mes/ día /año

6. Nombre y dirección del primer dentista consultado

7. Fecha de la primera visita _____

Mes/ día /año

8. Nombre y dirección de su dentista actual y todos los otros que lo asisten por esta enfermedad.

9. Indique si tiene otro tipo de cobertura médica dental

Nombre de aseguradora: _____

Dirección: _____

Por este medio, declaro que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los doctores y dentistas que me atendieron, y a todos los hospitales y otras instituciones que suministren a la compañía de seguros cualquier información; incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Nombre y firma del Asegurado

Fecha (mes / día / año)

NO OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

Esa sección debe ser completada por el patrono

La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento

Nombre del Empleado: _____ N° del Grupo _____ N° de Certificado _____

Nombre de la Empresa: _____ Teléfono: _____

Cargo de quien autoriza este Reclamo: _____

Nombre, firma y sello de quien autoriza este reclamo: _____

Fecha (mes / día / año) _____

