

FORMULARIO DE RECLAMACION DE PLAN DENTAL

ESTA SECCION DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE A LA COMPAÑÍA 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 esposa

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? _____

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

5.- En caso de enfermedad:

¿Cuándo comenzó? _____
Día Mes Año

6.- Nombre y dirección del primer dentista consultado

7.- Fecha de la primera visita _____

Día Mes Año
Nombre y dirección de su dentista actual y de todos los
otros que los asisten por esa enfermedad

9.- Indique si tiene otro tipo de cobertura y dental

Nombre del asegura

**EN CASO DE PRÓTESIS PARCIALES O FIJAS CUBIERTAS POR LA POLIZA
VERIFICAR QUE SU DENTISTA COMPLETE INCISOS 1 Y 2 DEL REVERSO**

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERIDICAS 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 DEL TITULAR

FRIMA DEL TITULAR

Fecha _____
Día Mes Año

No. De Certificado _____

**ADVERTENCIA
CODIGO DE COMERCIO**

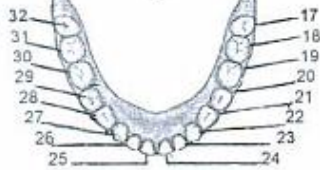
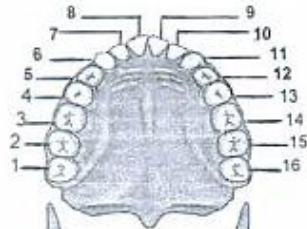
Artículo 1141: Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a las circunstancias tales que el asegurado no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas serán causas de anulación del contrato. Cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

Artículo 1143: En los Seguros hechos en nombre o por cuenta de terceros, si estos tuvieren noticias de la inexactitud de las declaraciones o de las reticencias. Se aplicaran a favor del asegurador las disposiciones de los artículos anteriores. El que contratare deberá declarar todos los hechos importantes conocidos o que deberían ser conocidos por el tercero

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

MARQUE DIENTES NO EXISTENTES Y

**DIENTES TRABAJADOS
FACIAL SUPERIOR ADULTOS**



**FACIAL INFERIOR ADULTOS
FACIAL SUPERIOR NIÑOS**



FACIAL INFERIOR NIÑOS

NOMBRE DEL DENTISTA Y DIRECCIÓN: _____

FECHA DE PRIMERA VISITA: _____

LUGAR DE TRATAMIENTO: _____

¿LAS RADIOGRAFIAS HAN SIDO INCLUIDAS? SI _____ NO _____ ¿CUÁNTAS) _____

	SI	NO	EXPLIQUE
ES EL TRATAMIENTO RESULTADO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES EL TRATAMIENTO RESULTADO DE ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SON LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR OTRO PLAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ES EL TRATAMIENTO DE PRÓTESIS DE UN REEMPLAZO INICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sino, razón del reemplazo fecha de Reem- plazo anterior

* Use el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado-

Marque: _____ Costo estimado de un tratamiento

_____ Costo de servicios ya suministrados

DIENTE NUMERO	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					%	%	%

OBSERVACIONES: IDENTIFICO USTED AL ASEGURADO CON CEDULA Y/O

CARNET: SI _____ NO _____

SI NO HAY IDENTIFICACIÓN NO SERA PAGADO POR LA ASEGURADORA

FIRMA Y SELLO DEL DENTISTA _____

FECHA _____

TOTALES _____

DEDUCIBLES _____

BALANCE _____

BENEFICIOS _____

PAGO TOTAL _____

IMPORTANTE: En caso de prótesis Parciales o Fijas indicar
1) si es inicial fecha de extracción de los dientes naturales

No de pieza _____ No Pieza _____

No de Pieza _____ No Pieza _____

2) Si es reposición indicar fecha en que se coloco la prótesis inicial

_____ Día

_____ Mes

_____ Año