

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO, EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO, TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

Esta sección debe completarse por el reclamante y someterse al tenedor de la póliza, adjuntando las cuentas de los gastos dentales en formas detalladas

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentales

incurridos por mi ☐ por mi esposo (a) ☐ por mi hijo (a) ☐

1 Nombre del paciente: _____

2 Fecha de nacimiento: _____

3 Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

4 ¿Resulta la dolencia de la ocupación del paciente?

Si ☐ No ☐

Indique índole de la dolencia: _____

5 Fue causada la dolencia por un accidente

Si ☐ No ☐

En caso afirmativo indique

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

6 En caso de enfermedad

¿Cuándo comenzó? _____

DIA MES AÑO

7 Nombre y dirección del primer dentista consultado:

8 Fecha de la primera visita:

DIA MES AÑO

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

10 Indique si tiene otro tipo de cobertura Médica y Dental.

Nombre Aseguradora: _____

Dirección: _____

11 ¿Se encuentra en tratamiento actualmente? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo indique: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender y autorizo a todos los Doctores y otras personas 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 empleado: _____

Cargo del empleado: _____

Firma del empleado: _____

DIA MES AÑO

Fecha:

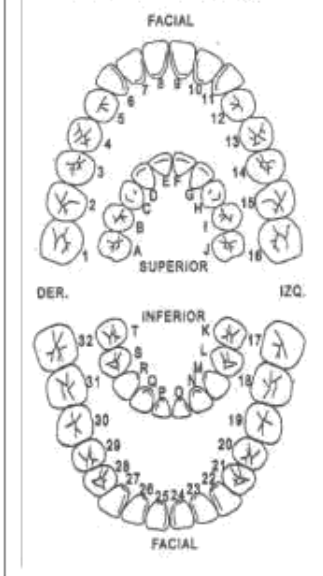
NO SE OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS
ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PATRONO

La siguiente información deber ser obtenida de la Tarjeta de Consentimiento

Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina o letra de molde)	Fecha efectiva del Seguro:
Nombre del Dependiente, si corresponde:	Fecha efectiva del Seguro:
No. de Póliza:	No. del Certificado:
Nombre de la Póliza, Patrono, etc.	Fecha:
Firma y Sello del Patrono:	Cargo:

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

Marque dientes no existentes



Nombre del Dentista y su dirección:

Fecha de la primera visita:

Lugar del Tratamiento: Consultorio: ☐ Hospital: ☐

Las Radiografías han sido incluidas: Si ☐ No ☐ Cuántas

¿Es el tratamiento resultado de accidentes o enfermedad ocupacional?	Si	No	Explique:
--	----	----	-----------

¿Es el tratamiento resultado de un accidente?			
---	--	--	--

¿Son los servicios cubiertos por otro plan?			
---	--	--	--

¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?			Razón de reemplazo	Fecha de reemplazo anterior
---	--	--	--------------------	-----------------------------

Use el orden numérico o alfabético indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado

Servicio Suministrado Si ☐ No ☐

Paciente: _____

A CONTINUACION DETALLAR CADA PROCEDIMIENTO, FECHA DE SERVICIO Y SU COSTO, EL CUAL DEBE COINCIDIR CON EL VALOR DE LA FACTURA

[illegible]

Firma y Sello del Dentista:
F:

Fecha:	DIA	MES	AÑO
--------	-----	-----	-----

--	--	--

