Formulario de Reclamación Seguro Dental

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo todas las preguntas descritas en este formulario deben ser contestadas.

Nombre del Paciente	Cédula	Fecha Nacimiento	Sexo
			F: ☐ M: ☐

¿Fue causada la dolencia por un accidente?	Si: ☐	No: ☐	
En caso afirmativo	¿Cuándo ocurrió?	¿Dónde ocurrió?	¿Como ocurrió?

En caso de enfermedad, ¿Cuándo comenzó? Fecha: _____

Dia Mes Año

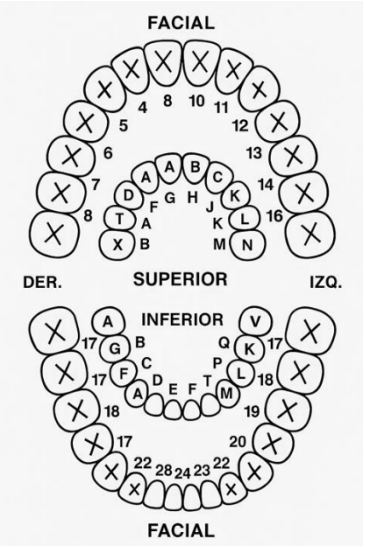
Nombre de su dentista actual y de todos los otros que lo asisten por esta enfermedad:

_____

¿Se encuentra en tratamiento actualmente? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo indique:

_____



Fecha de la primera visita:				
Las Radiografías han sido incluidas:	Si ☐	No ☐	Indique cuantas:	
¿Son los servicios cubiertos por otra aseguradora?	Si ☐	No ☐	Razón de reemplazo:	Fecha de reemplazo anterior:
¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?	Si ☐	No ☐		

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

Paciente	Servicio Suministrado	
		Si ☐ No ☐

El paciente es: Titular: ☐ Cónyuge: ☐ Hijo: ☐

Observaciones:

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.

Formulario de Reclamación Seguro Dental

Diente No.	Superficie	Descripción del servicio	Fecha del servicio	Total
Observaciones:				

Firma y Sello del Dentista:	**Fecha:** / /