

# SOLICITUD DE RECLAMACIÓN SEGURO DENTAL

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

## SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:	Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:
----------------------	----------------	------------------

Nombre del Asegurado:

Nombre completo del Paciente:

Sexo:

☐ F ☐ M

Fecha de nacimiento:

dd/mm/aa

El paciente es:

☐ Empleado ☐ Cónyuge ☐ Hijo

Índole de la dolencia :

☐ Accidente ☐ Enfermedad

Fecha inicio dolencia:

dd/mm/aa

Por este medio certifico que las respuestas aquí dadas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron, 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.

La dolencia es a resultado de la ocupación del paciente: ☐ Sí ☐ No

Si la dolencia fue **causada** por un **accidente** indique:

Lugar del suceso:

Cómo ocurrió:

Fecha:

dd/mm/aa

Firma del Asegurado:

Primer dentista que le trató por esta dolencia:

Nombre	Dirección	Fecha primera visita
--------	-----------	----------------------

Dentista que le trata por esta dolencia y otros que lo asisten:

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

En caso de tener alguna cobertura dental con otra compañía de seguros, indicar:

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

**ESTA SECCION DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL CONTRATANTE DE LA PÒLIZA  
ADJUNTANDO LAS CUENTAS DE LOS GASTOS DENTALES EN FORMA DETALLADA.**

## SECCIÓN II - A LLENAR POR EL PATRONO

Nombre de la Póliza:	Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:
----------------------	----------------	------------------

Nombre completo del empleado:

Fecha efectiva del seguro:

dd/mm/aa

Nombre completo del dependiente (si aplica):

Fecha efectiva del seguro:

dd/mm/aa

Nombre del representante de la empresa:

Cargo

Fecha:

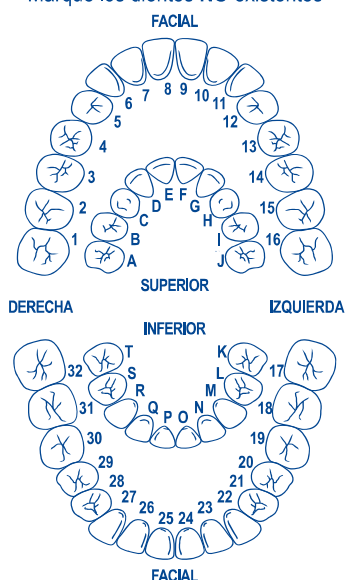
dd/mm/aa

Firma y sello:

*Para evitar demoras innecesarias en el proceso de reclamo complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras. Adjunte a este reclamo los originales de las facturas de los gastos de clínica de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en su caso. Adjunte también las radiografías que fueron necesarias (iniciales y finales). El médico tratante debe completar toda la información solicitada en la sección III.*

### SECCIÓN III - A LLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL DENTISTA

Marque los dientes **NO** existentes



Nombre del Paciente:

Nombre del Dentista:

**Dirección:**

Tel:

Fecha 1ª Consulta:

Si hay radiografías incluidas,  
indique cuántas:

Lugar tratamiento:

☐ Consultorio ☐ Hospital:

El tratamiento:

- ☐ Es resultado de un accidente o enfermedad laboral  
☐ Es resultado de otro tipo de accidente  
☐ Está cubierto por otro plan  
☐ Es de prótesis, especifique: ☐ Es un reemplazo inicial ☐ Es reemplazo de una prótesis anterior

Explique cada respuesta marcada anteriormente:

Use el orden alfanumérico indicado en el Cuadro para su reporte del tratamiento o examen realizado

[illegible]

Número de colegiado del Dentista:

Firma y sello:

Fecha:

**Espacio reservado a la Compañía**