



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN TRATAMIENTOS DENTALES

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

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 mí por mi esposo(a) por mi hijo(a)

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____

3. Sexo: Femenino Masculino

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

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

5. Nombre y Dirección del dentista consultado:

6. Fecha de la primera visita:

_____ DIA MES AÑO

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental.

Nombre Aseguradora _____

Dirección _____

8. Importante: Favor indicarnos teléfonos, correo electrónico y dirección a donde podemos comunicarnos con usted

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y otras instituciones para que suministre a Aseguradora General, S.A. cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y Rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Fecha:

_____ DIA MES AÑO

No. Certificado: _____ Teléfono: _____

No olvide adjuntar por separado las facturas detalladas de los gastos de todos los profesionales y centros que intervinieron en el caso, así como las radiografías antes y después del tratamiento.

