

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN - SEGURO DENTAL

- A. Complete este formulario procurando que sus respuesta sean claras.
- B. El médico odontólogo tratante deberá completar la Sección III. Sírvase indicarle que debe responder todas las preguntas.
- C. Adjunte a este reclamo las facturas originales de los gastos del tratamiento dental.
- D. Adjunte las radiografías iniciales y finales.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la empresa: _____

Nombre del empleado: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dependiente: _____ Parentesco: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Ha presentado algún reclamo anteriormente? SI NO En caso afirmativo, indicar número de siniestro, diagnóstico y fecha:

Reclamo hecho por: Tratamiento dental: _____ Accidente _____ Enfermedad _____ Nombre de su dentista:

Si es por ACCIDENTE indique:

Lugar del accidente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Actividad a la hora del accidente: _____

Describe qué causó el accidente (práctica de deportes, uso de maquinaria, accesorios de trabajo, vehículo, riñas, etc.):

Si es por ENFERMEDAD indique:

Fecha inicial de la enfermedad: _____ Síntomas: _____

¿Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los tres meses anteriores a la fecha indicada en el inciso anterior? SI NO

¿Esta enfermedad ha sido diagnosticada anteriormente? SI NO En caso afirmativo, indicar nombre del Médico tratante y fecha:

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas son VERÍDICAS Y CABALES, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y todas las clínicas y otras instituciones que suministren a SEDOSA cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que LA COMPANIA DE SEGUROS efectuará la liquidación de este reclamo al contar con todos los informes necesarios a su completa satisfacción.

Nombre: _____ Firma: _____

Lugar y fecha: _____

SECCIÓN II: INFORME DEL PATRONO

La siguiente información debe ser obtenida del Consentimiento de Seguro.

Asegurado principal: _____ Fecha de ingreso al seguro: _____

Dependiente: _____ Fecha de ingreso al seguro: _____

Póliza No.: _____ Certificado No.: _____

¿Tiene algún tipo de seguro con otra compañía? SI NO Especifique: _____

Nombre del responsable por la parte patronal: _____ Fecha: _____

FIRMA Y SELLO: _____

