



# FORMULARIO DE RECLAMACION 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: \_\_\_\_\_

6. Fecha de la primera visita:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DIA MES AÑO

2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental.

3. Sexo: Femenino  Masculino

Nombre Aseguradora \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

8. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos comunicarnos con usted

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Nombre y Dirección del dentista consultado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 y cada uno de los profesionales e centros que intervinieron en el caso, así como las radiografías antes y después del tratamiento.

