

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 Seguros El Roble 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.

