



OCCIDENTE
Seguros

COMO PRESENTAR UN RECLAMO

Seguros de Occidente, S.A.

QUETZALTENANGO GUATEMALA
7a. Avenida 1-87, Zona 2 7a. Avenida 7-73, Zona 9
Teléfonos: 763-057477 Teléfonos: 3311222 al 25,
3320777 al 80, 3329487-94
Fax: 3341413

- A. Complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras.
- B. Su Médico tratante deberá completar la sección III. Sírvase indicarle que debe responder todas las preguntas.
- C. 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 el caso. (cirujano, anestesista, ayudante, laboratorista). **ADJUNTE LAS RADIOGRAFIAS SI EN CASO FUERON NECESARIAS.**

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: Accidente _____ Enfermedad común _____ Nombre de su dentista y de todos los otros que lo asisten por esta enfermedad _____

Si es por ACCIDENTE indique
 Lugar del accidente _____ Fecha: _____ Hora: _____
 Actividad a la hora del accidente: _____
 Describa que causó el accidente (práctica de deportes, uso de maquinaria, accesorios de trabajo, vehículos, 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 VERIDICAS 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 COMPAÑIA DE SEGUROS efectuará la liquidación de este reclamo al contar con todos los informes necesarios a su completa satisfacción.

Nombre _____ Firma _____
 Lugar y fecha _____

SECCION II: INFORME DEL PATRONO

La siguiente información debe ser obtenida del consentimiento de seguro.

Asegurado _____ 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: _____

SECCION III: INFORME DEL ODONTOLOGO

Nombre del paciente _____ Edad _____

Fecha del primer examen _____ Dónde se efectuó? _____

Tratamiento como resultado de: Accidente _____ Enfermedad común _____

Descripción de la ó las lesiones _____

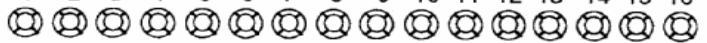
Según su opinión, en que fecha se originó la lesión o enfermedad _____

Son las lesiones mencionadas consecuencia directa de la enfermedad o accidente SI _____ NO _____

Según sus conocimientos ha incurrido el paciente en gastos por esta enfermedad durante los tres meses anteriores a la fecha de su primera visita _____

PLAN O REPORTE DE TRATAMIENTO

FECHA	PIEZA	DESCRIPCION DEL SERVICIO (INCLUIR MATERIAL, CLASE Y SUPERFICIE. EJEMPLO: AM CL II MOD O COM CL III D O CT MET-PORC)	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO			
				TIPO I	TIPO II	TIPO III	TIPO IV

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 
A B C D E F G H I J T S R Q P O N M L K 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17

NOTA: X = PIEZA AUSENTE; / = PIEZA INDICADA PARA EXODONCIA;
 ✕ = PIEZA EXTRAIDA

TOTALES	
DEDUCIBLE	
SUB-TOTAL	
%	
PAGO TOTAL	

Si este es PLAN DE TRATAMIENTO marque con rojo las lesiones presentes.
 Si este es REPORTE DE TRATAMIENTO marque con azul las restauraciones hechas.
 SIRVASE ADJUNTAR LAS RADIOGRAFIAS PREVIAS A INICIAR SU TRATAMIENTO DENTAL.

ODONTOLOGO _____ COLEGIADO No. _____

FECHA: _____ TELEFONO _____ CALCULADO POR _____

FIRMA: _____ SELLO _____ REVISADO POR _____

OBSERVACIONES DEL ODONTOLOGO: _____ FECHA _____

_____ PAGADO CON CHEQUE No. _____