

### 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: \_\_\_\_\_

Describa 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: \_\_\_\_\_

