

FORMULARIO DE RECLAMACION PARA GASTOS DENTALES

IMPORTANTE: Con la finalidad de procesar su reclamo rápidamente, le agradeceremos contestar todas las preguntas en forma detallada.

SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL.

Nombre de la Empresa para la cual labora: _____

Nombre completo del asegurado: _____

Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por: MI ESPOSO (A) HIJO (A)

Nombre completo del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Correo Electrónico: _____

En caso de Accidente:

Indique cuando ocurrió: _____ (Hora): _____ Donde ocurrió: _____

Cómo ocurrió: (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.)

En caso de enfermedad:

Describa los síntomas:

Fecha en que dio inicio: _____ Fecha de la primera consulta: _____

Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:

Si _____ No _____ CUANDO: _____

En caso afirmativo favor indicar el Nombre, dirección y teléfono del médico y fecha en que fue diagnosticada:

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre, dirección y teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios:

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA: SI _____ NO _____

Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y número de póliza:

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otros para que suministren a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, (expediente del paciente), exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc. pertenecientes a este reclamo.

Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

Fecha: _____ Firma del Asegurado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

FAVOR NO OLVIDE DE ADJUNTAR FACTURAS DETALLADAS DE TODOS LOS GASTOS EN QUE INCURRIO POR ESTA INCAPACIDAD, ORDENES Y RESULTADOS DE EXAMES DE DIAGNOSTICO, Y RECETAS DE MEDICINAS. EN DENTAL ES INDISPENSABLE ADJUNTAR RADIOGRAFIAS INICIALES Y FINALES.

SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR LA EMPRESA CONTRATANTE

Trabajaba el asegurado cuando comenzó la incapacidad: SI NO

Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad: SI NO

Recomienda que se pague esta incapacidad: SI NO

| | | |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Nombre del Asegurado: | | |
| Fecha efectiva del seguro: | | Fecha de empleo: |
| Nombre del Dependiente: | | Fecha efectiva del seguro: |
| Nombre de la empresa contratante: | | |
| Póliza Número: | Certificado Número: | Categoría o Clase: |
| Firma Autorizada: | | Cargo: |
| Fecha: | SELLO DE LA EMPRESA: | |

SECCION "C" PARA SER COMPLETADO POR EL DENTISTA TRATANTE

1 Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ()

2 Fecha de primera consulta por esta incapacidad: _____

3 ¿Es el tratamiento resultado de un accidente? Si () No () Detalle el Accidente: _____

4 Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial: _____

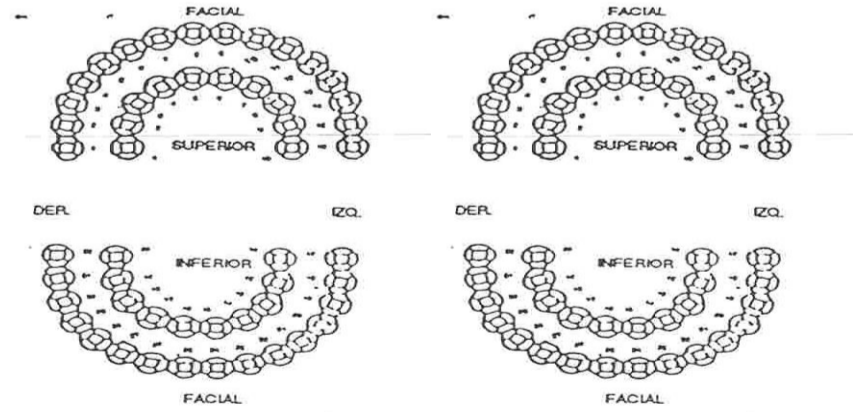
5 Si no razón de reemplazo: _____ Fecha de Reemplazo anterior: _____

6 OBSERVACIONES DEL DENTISTA:

Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o examen realizado.

| Diente No. | Superficie | Descripción del Servicio | Fecha de Servicio | Cargo | PARA USO ADMINISTRATIVO | | |
|------------|------------|--------------------------|-------------------|-------|-------------------------|----|-----|
| | | | | | I | II | III |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|-------------|--|
| TOTALES | |
| DEDUCIBLE | |
| BALANCE | |
| BENEFICIOS% | |
| A PAGAR | |



MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES

MARQUE PIEZAS TRABAJADAS

Nota: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales y a otras instituciones a que otorguen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los informes que se refieran a la salud del paciente asegurado, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

Nombre y Sello del Dentista: _____ Colegiado No: _____

Dirección y Teléfono: _____

Firma y sello del médico: _____ Fecha: _____

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsa los honorarios médicos cobrados dependiendo de las condiciones individuales de la póliza contratada. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios, ni se pagará alguno en exceso de la cantidad QUE USUALMENTE debe reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

"Declaro que, en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008 autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública, Decreto 57-2008, autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual de las partes existentes.