

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DENTALES

### CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Solicitar que el médico tratante complete la "SECCION C" para cada enfermedad o accidente que este atienda por cada miembro de la familia asegurada.
2. El Asegurado Titular deberá completar cada pregunta de la "SECCION A" detalladamente y firmar en el lugar indicado.
3. Todas las preguntas planteadas en este formulario deben ser estrictamente respondidas por el asegurado titular y por el Médico Tratante.
4. Debe adjuntar con el formulario de reclamaciones el ORIGINAL de todas las facturas, recibos médicos y órdenes médicas: de clínicas, laboratorios y farmacias que correspondan al caso.
5. Entregar éste a la persona encargada de la póliza en su empresa para que lo autorice y sea enviado a la Compañía de Seguros para el análisis correspondiente.

### SECCION A. DATOS GENERALES DEL SEGURO

1. Nombre del Asegurado:	No. de Póliza:
Identidad No.:	Teléfonos:
	E-mail:
2. Nombre del paciente por el cual se hace el reclamo:	
Edad: <input type="radio"/> años <input type="radio"/> meses sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F ¿Qué otro seguro posee que pueda cubrir parte de los gastos por los cuales se hacen los reclamos?	
3. En caso de ser menor de edad, favor indicar nombre del padre o la madre del menor:	
4. El Reclamo se hace a causa de: <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente. Favor describa:	
¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?	
En caso de accidente:	
¿Cuándo ocurrió?	¿Dónde ocurrió?
¿Cómo ocurrió?	
Hora del accidente:	A.M.                      P.M.
5. ¿Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta enfermedad o accidente?	
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> en caso de ser afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas	

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a MAPFRE

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma Asegurado

