

- A. Complete este formulario procurando que sus respuestas sean claras.
- B. EL Médico odontólogo tratante deberá completar la Sección III. Sírvase indicarles que debe responder todas las preguntas.
- C. Adjunte a este reclamo los originales de las facturas 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 y de todos los otros que lo asisten:

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 COMPAÑÍA 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: _____

SECCIÓN III: INFORME DEL ODONTÓLOGO

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Fecha del primer examen _____ Dónde se efectuó? _____

Tratamiento como resultado de: Accidente _____ Enfermedad _____

Descripción de la o las lesiones _____

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

Son las lesiones mencionadas consecuencia directa de esta enfermedad o acciden 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 _____

