

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN TRATAMIENTOS DENTALES



IMPORTANTE: Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, por favor conteste todas las preguntas detalladamente.

SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre completo del Asegurado Principal: _____

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentales incurridos por, El titular:___ por mi cónyuge:___ por mi hijo (a):___

1. Nombre completo del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

3. Género Masculino Femenino

4. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? SI NO

En Caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

5. Nombre y Dirección del Dentista consultado: _____

6. Fecha de la primera visita: _____

DIA MES AÑO

7. Indique si tiene otro Seguro Dental:

Nombre de la Aseguradora _____

Dirección: _____

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 y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma, a su completa satisfacción.

San José, _____ de _____ de _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Número de Póliza: _____

Número de Certificado: _____

Fecha de Vigencia: _____

NO OLVIDE ADJUNTAR POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DENTALES, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INERVINIERON EN EL CASO, ASÍ COMO COPIA DE FOTOGRAFÍAS O PLACAS DE RAYOS X.

