



ASEGURADORA GENERAL, S. A.

GUATEMALA, GUATEMALA, C. A.

FORMULARIO DE RECLAMACION TRATAMIENTOS DENTALES

SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO:

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentales incurridos por mí por mi esposo (a) por mi hijo(a)

1. Nombre del Paciente _____

5. Nombre y Dirección de su dentista consultado _____

2. Fecha de Nacimiento _____

3. Sexo. Masculino Femenino

6. Fecha de la primera visita _____

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

_____ DIA _____ MES _____ AÑO

En caso afirmativo indique:

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura Dental.

¿Cuándo ocurrió? _____
_____ DIA _____ MES _____ AÑO

Nombre Aseguradora _____

¿Dónde ocurrió? _____

Dirección _____

¿Cómo ocurrió? _____

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 GENERAL, 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.

Guatemala, _____ de _____ de _____

Teléfono: _____

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

NO OLVIDE ADJUNTAR POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESISTA, RADIOLOGO, LABORATORISTA, RESULTADOS DE LABORATORIO, MEDICINAS, RECETAS Y RX.)

SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO:

¿Trabajaba el Empleado cuando comenzó la incapacidad?

SI No

¿Se ha reclamado anteriormente por ésta incapacidad?

SI No

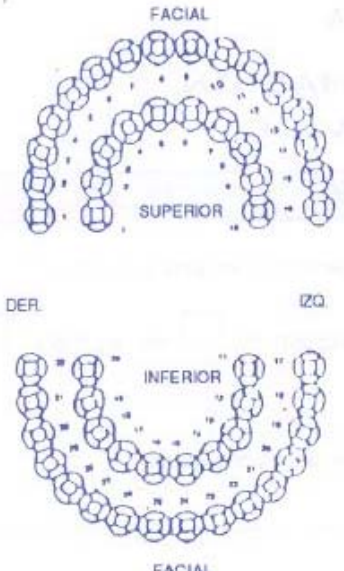
¿Recomienda que se pague ésta incapacidad?

SI No

La siguiente información debe ser obtenida de la tarjeta de consentimiento:

NOMBRE DEL EMPLEADO (favor de escribir a máquina)		FECHA EFECTIVA DEL SEGURO	
NOMBRE DEL DEPENDIENTE (si la reclamación es por éste)		FECHA EFECTIVA DEL SEGURO	
POLIZA N°	CERTIFICADO	CATEGORIA O CLASE	FECHA
EMPRESA CONTRATANTE		FIRMA AUTORIZADA	CARGO

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

<p>MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES</p> 	Nombre del Dentista: _____	
	Dirección: _____	Fecha primera visita: _____
	Las Radiografías han sido incluidas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuántas _____	
	Es el tratamiento resultado de un accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPLIQUE: _____
	Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?	Si no razón de reemplazo _____ Fecha de Reemplazo anterior _____
	OBSERVACIONES DEL DENTISTA: Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o exámen realizado.	
Nombre del Tarjeta - Habiente: _____		
Nombre del Paciente: _____		

DIENTE No.	SUPER-FICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					I	II	III

<p>MARQUE PIEZAS TRABAJADAS</p> 	<p>TOTALES</p> <p>DEDUCIBLE</p> <p>BALANCE</p> <p>BENEFICIOS%</p> <p>A PAGAR</p>	
	<p>Póliza No. _____</p> <p>Certificado No. _____</p> <p>Aniversario: _____</p> <p>Edad: _____</p>	<p>Calculado por: _____</p> <p>Revisado por: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
<p>Fecha: _____</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL DENTISTA _____</p>	<p>CUENTA _____</p> <p>EMP DEP _____</p>	<p>Cheque No. _____</p> <p>Fecha: _____</p>