



**DAVIVIENDA**  
Seguros

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**  
**Gastos Dentales**

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: Mi persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>										
1. Nombre del Paciente:					2. Edad		3. Ident. No.:			
4. Fecha de Nacimiento: día		mes		año		5. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
6. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					En caso afirmativo indique: ¿Dónde ocurrió?					
¿Cuándo ocurrió? día		mes		año						
¿Cómo ocurrió?										
7. Nombre y dirección de su cirujano dentista actual y de otros que lo han asistido:										
Nombre			Dirección				Teléfono			
Actual:										
Otro:										
Otro:										
8. Indique si tiene otro tipo de cobertura Médica y Dental: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre de la Compañía de Seguros:										

Certifico haber contestado sinceramente las preguntas anteriores, no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos. Asimismo, autorizo a todos los doctores, dentistas, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que me prestó algún servicio médico, para que suministre a La Compañía de Seguros todos los informes que esta requiera incluyendo copias de los documentos, radiografías; relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre la revelación de datos de los registros médicos respecto a mi persona o a mi cónyuge o hijos.

Lugar y fecha:	Firma del empleado:
Nombre del empleado:	

**NO OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS**

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE.**

Nombre del Contratante (favor escribir a máquina o letra de molde):									
No.Póliza:		No. Certificado:		Fecha efectiva del seguro del empleado: día		mes		año	
Observaciones:									
Lugar y fecha:					Firma y sello del Contratante:				

