

Seguro Colectivo Médico Hospitalario

Adición de dependiente

SECCION A

Reinstalación

Fecha de Alta:

Conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

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

6. En caso de enfermedad
¿Cuándo comenzó?
Día Mes Año

1. Nombre del Paciente: _____

7. Nombre y dirección del primer dentista consultado

2. Fecha de Nacimiento: _____

8. Fecha de la primera visita _____

3. Sexo: Masculino Femenino

Día Mes Año

4. ¿Resulta la dolencia de la Ocupación del Paciente? SÍ NO
Indique el índole de la dolencia _____

9. Nombre y dirección de su dentista actual y de todos los otros que lo asisten por esta dolencia

5. ¿Fue causada la dolencia por un accidente?
SÍ NO En caso afirmativo indique:
Cuándo ocurrió
Día Mes Año

10. Indique si tiene otro tipo de Cobertura Médica y Dental
Nombre de la Compañía _____

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y Dentistas que atendieron, y todos los Hospitales y otras Instituciones que suministren a la Compañía de Seguro cualquier información; incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Fecha:
Día Mes Año

Firma del Empleado _____
Nombre del Empleado _____

SECCION B

Para ser completada por la persona autorizada en el Grupo Asegurado

1.- Nombre del Grupo Asegurado:	No. de Póliza
2.- Nombre del Empleado Asegurado:	No. de Certificado
3.- Fecha en que entró en vigencia la cobertura de la persona por la cual se hace el reclamo (es decir el paciente):	
4.- Posición de empleado asegurado en el grupo:	
5.- Considera Ud. Que este reclamo es razonable necesario y correcto:	
TOTAL DE RECIBOS ADJUNTO Lps.	
Observaciones	

_____ Lugar y Fecha _____ Firma y sello Autorizando el Reclamo _____ Cargo

