FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE TRATAMIENTO DENTAL

ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS

Para proceder con el reclamo, debes presentar la documentación completa y especificada en las condiciones generales de acuerdo al producto y al beneficio por el cual presentas reclamación. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°: | Correo electrónico:

Tipo de póliza:

☐ Salud Colectivo ☐ Salud Individual ☐ Accidentes Personales

Nombre del contratante (solo si es diferente al asegurado principal):

Nombre del asegurado principal: | Fecha de nacimiento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)

Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año) | Parentesco:

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO

En cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa a cualquier hospital, clínica, institución prestadora de servicios de salud, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mi persona, para que suministre a ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, copia de historia clínica o cualquier información que considere necesaria para la celebración del contrato de seguro o para la posterior atención de cualquier reclamación que se efectúe a ésta.

AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA

En mi calidad de asegurado, por medio de la presente autorizo a ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, para que en caso de que sea aprobada la reclamación, realice la transferencia de la suma determinada como indemnización según las condiciones del contrato de seguro, aceptando como válida esta forma de pago para dar por finiquitada por mi persona la obligación de ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, depositando en cuenta bancaria que relaciono a continuación:

Nombre del titular de la cuenta:

DUI: | NIT:

Banco:

☐ Banco Agrícola ☐ Banco Promérica ☐ Banco Cuscatlán ☐ Banco de América Central ☐ Davivienda ☐ Scotiabank

Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente | Número de cuenta:

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA PARA EL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

1. La cuenta bancaria que he autorizado para la consignación fue de mi libre elección, y en ella tengo la calidad de titular.
2. Si ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, si es necesario o lo considera pertinente, suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago o una nueva cuenta llenando al efecto un nuevo formulario, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.
3. Exonero a ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, de toda responsabilidad por descuentos que puedan ser deducidos del reembolso pagado, derivado de saldos pendientes, servicios, comisiones, entre otros; vinculados con la cuenta antes señalada y que sean independientes de la relación contractual que vincula a ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS.

Firma del tomador o contratante | Firma del asegurado | Firma del representante legal

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)

Diagnóstico principal: | Código de diagnóstico (CIE 10):

Otros diagnósticos:

Procedimiento quirúrgico:

ASESUISA
Una empresa sura

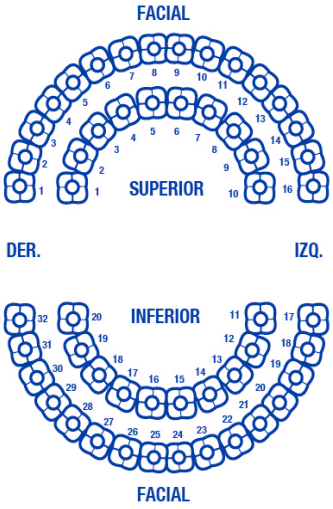
¿Fue causada la dolencia por un accidente?: ☐ Sí ☐ No | En caso afirmativo indica fecha: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)

¿Dónde ocurrió? | En caso de enfermedad en qué fecha comenzó: _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día / Mes / Año)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA

- Piezas ausentes indicar con X, piezas extraídas indicar con E.
- Piezas obturadas indicar rellenando el círculo en la parte correspondiente.
- Prótesis fija o removible, efectuar dibujo circundando los círculos.

MARCA PIEZAS A TRABAJAR / TRABAJADAS / INEXISTENTES



N° diente	Superficie	Descripción	Valor unitario	Valor total
			Total	

Fecha (Día/Mes/Año) | Nombre del médico | Firma y sello del médico

Para más información sobre tu reclamo puedes escribirnos al correo electrónico: reclamospersonas@asesuisa.com