

SEGURO DENTAL

DATOS DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
[ASIGNADA POR LA ASEGURADORA]

NOMBRE COMPLETO

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

TELÉFONO

E-MAIL

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DATOS DE LA ASEGURANZA

NOMBRE DE LA ASEGURANZA

TELÉFONO DE LA ASEGURANZA

NUM. DE GRUPO

DATOS DEL TRABAJO

NOMBRE DEL EMPLEADOR
O TRBAJO

TELÉFONO DEL TRABAJO

NOTA: ES DE SUMA IMPORTANCIA REGISTRAR SUS DATOS DE LA MISMA MANERA QUE USTED LOS REGISTRÓ EN LA ASEGURANZA DEPENDIENDO DE LA ASEGURANZA , LAS OFICINAS INTERMEDIARIAS (BROCKER-DATAMED) COBRAN \$75 DLLS DE CO-PAGO O EL 12% DE LA TOTALIDAD DEL CHEQUE. EL CO-PAGO DE \$75 DLLS SE CUBRE ANTES DE ENVIAR LOS PAPELES. EL 12% SE CUBRE UNA VEZ QUE LE LLEGA AL PACIENTE SU CHEQUE.

ANTES DE COMENZAR CUALQUIER TRATAMIENTO, EL PACIENTE DEBERÁ ASISTIR A SU PRIMER CITA CON LA RADIOGRAFÍA PANORÁMICA QUE SE SOLICITA COMO COMPROBANTE PARA LA ASEGURANZA. DE LO CONTRARIO, PUEDE QUE LA ASEGURANZA NO CUBRA ALGUNOS TRATAMIENTOS.

NOMBRE _____

DEPENDIENTES

NOMBRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **PARENTESCO** _____

NOMBRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **PARENTESCO** _____

NOMBRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **PARENTESCO** _____