

No.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre del Paciente (Nombres/Apellidos)		2. Sexo ☐ F ☐ M	3. Fecha de Nacimiento Mes Día Año
4. Nombre del Asegurado Principal (Nombres/Apellidos)		5. N° de cédula Asegurado Principal	
6. Dirección electrónica		8. Si es una lesión causada por accidente describa cómo, cuándo y dónde sucedió (incluyendo fractura de diente)	
7. Teléfono:			
9. Cuenta bancaria IBAN del asegurado principal para reembolsos (Bajo su consentimiento cada reembolso se transferirá a esta cuenta) COLONES ☐ DÓLARES ☐ CR			
10. Póliza		11. Certificado	
12. ¿Está el paciente cubierto por otro plan dental? SI ☐ NO ☐ No. Grupo Nombre y dirección del proveedor de beneficios			

Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedor, establecimientos de salud estatal, intermediario de seguros y a otras compañías de seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. Igualmente autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de mi información confidencial y/o la de mis dependientes que reposa en el presente formulario y documentos anexos, así como en los expedientes e información médica a la que se tenga acceso en razón de la liquidación del presente reclamo y de la revisión de los mismos requerida para descartar cualquier preexistencia.

Firma del Asegurado Principal

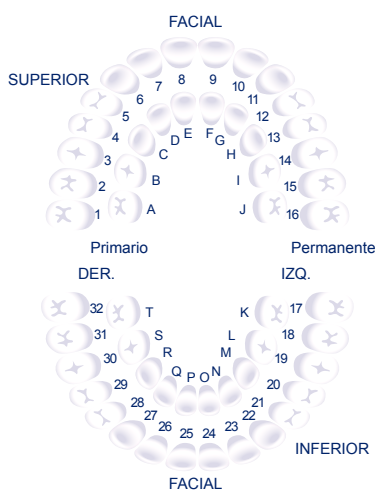
Firma (Paciente o Padres, si es menor)

Mes Día Año

INFORMACIÓN DEL DENTISTA

13. Nombre del Dentista		20. ¿La etiología del diagnóstico es a causa de accidente? SI ☐ NO ☐		Si su respuesta es afirmativa, Especifique:
14. Dirección Electrónica:		21. ¿Cualquiera de los servicios están cubiertos por otro plan? SI ☐ NO ☐		
Teléfono:		22. ¿Si es prótesis, es ésta la colocación inicial? SI ☐ NO ☐		Si es NO, diga el motivo para el reemplazo
15. Código CCDCR:	16. Especialidad	23. ¿Es el tratamiento para Ortodoncia? SI ☐ NO ☐		
17. Fecha primera visita series recientes	18. Lugar de Tratamiento ☐ Consulta ☐ Otro ☐ Hospital	19. Se adjunta Radiografías o Modelos ☐ SI Cuántos? ☐ NO	Total de Honorarios _____ Fecha en que se pusieron los aparatos _____ Meses de tratamiento pendientes _____	

24. Odontograma y Plan de tratamiento. Detalle en orden desde el diente No. 1 hasta el diente No. 32 Use el cuadro que se muestra.

	No. de DIENTE o Letra	SUPER-FICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO (Incluyendo Rayos X, materiales usados, etc) Línea No.	FECHA DEL SERVICIO	HONORARIOS	TIPO DE BENEFICIO:
						Beneficio de Póliza Médica ☐ Póliza Dental ☐
						Beneficio de Póliza Médica ☐ Póliza Dental ☐
						Beneficio de Póliza Médica ☐ Póliza Dental ☐
						Beneficio de Póliza Médica ☐ Póliza Dental ☐
						Beneficio de Póliza Médica ☐ Póliza Dental ☐
						Beneficio de Póliza Médica ☐ Póliza Dental ☐
OBSERVACIONES:			TOTAL			

Firma del Dentista

Sello o firma digital

Fecha (Día/Mes/Año):

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-35-A01-204 de fecha 04 de Octubre de 2010.