

El formato deberá ser llenado en su totalidad, según aplique, con información correcta, detallada y firmada por el asegurado.

Datos del asegurado titular (*Datos obligatorios, evite rechazos)							
Apellido paterno*		Apellido materno*		Nombre(s)* (sin abreviaturas)		Número de Póliza*	
Fecha de nacimiento*		País de nacimiento*		Nacionalidad*(l)	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación actual*	
RFC <small>letras año mes día homoclave</small>		CURP		Correo electrónico			
Calle*			No. Exterior*	No. Interior	Colonia*		
Código Postal*	Alcaldía o Municipio*		Ciudad o Población		Entidad Federativa*	Teléfono*	
Datos del asegurado afectado (En caso de ser distinto al asegurado titular)							
Mismo domicilio que el titular <input type="checkbox"/>							
Apellido paterno*		Apellido		Nombre(s)* (sin abreviaturas)		Parentesco* Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento*		País de nacimiento*		Nacionalidad*(l)	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación actual*	
RFC <small>letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)</small>		CURP		Correo electrónico			
Domicilio indicando Calle y/o Avenida*			No. Exterior*	No. Interior	Colonia*		
Código Postal*	Alcaldía o Municipio*		Ciudad o Población*		Entidad Federativa*	Teléfono*	
Datos del dentista tratante							
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s) (sin abreviaturas)		Especialidad	
Código Postal	Ciudad o Población		Entidad Federativa		Teléfono		
Datos de la reclamación (Utilice un solo renglón para cada procedimiento)							
Número de diente	Superficie ⁽²⁾	Descripción del Servicio			Fecha de Servicio ⁽³⁾	No. Factura	Importe reclamado
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
Totales							\$

(2) Superficie: O-Oclusal, V- Vestibular, M-Mesial, D-Distal, L-Lingual, P-Palatino; (3) Se refiere a la fecha en el que el procedimiento fue concluido. No dejar espacio en blanco ni utilizar comillas.

Documentos requeridos para el trámite de reembolso

- a. Formato de solicitud de reembolso.
 - b. Radiografías o fotografías previas y posteriores al tratamiento.
 - c. Comprobante fiscal digital (CFDI), así como el archivo XML y el PDF emitido a favor del Asegurado Titular.
 - d. Copia de la Identificación Oficial vigente del titular de la póliza a quien deberá hacerse la transferencia electrónica, orden de pago.
 - e. Copia del comprobante de domicilio (menor a 3 meses de antigüedad) en caso de que sea diferente a la de la identificación oficial.
 - f. Carta explicativa, indicando el motivo por el cual no se acudió a un dentista de la red (no aplica en planes de Red Abierta).
 - g. En caso de Implantes, copia de la Carta de Consentimiento Informado firmada por el asegurado.
 - h. En el caso de Transferencia Electrónica de Fondos enviar copia del estado de cuenta (menor a 3 meses de antigüedad) a nombre del titular o beneficiario afectado donde se visualice la cuenta CLABE.
En caso de transferencia a beneficiario incluir copia de la identificación oficial vigente.
- (I) Anexar los siguientes documentos adicionales en caso de que el Asegurado Titular tenga una nacionalidad diferente a "Mexicana".
- a. Personas Físicas de Nacionalidad Extranjera, en condiciones de estancia de residente temporal o permanente en términos de la ley de migración.
 - Copia del documento que acredite la calidad migratoria en el país.
 - b. Personas Físicas de Nacionalidad Extranjera, sin residencia en territorio mexicano.
 - Copia del pasaporte.
 - Copia del documento que acredite su internación o legal estancia en el país.

Instrucción de pago del finiquito

Por este medio solicito y autorizo a AUNA Seguros S.A. (Anteriormente Dentegra Seguros Dentales S.A.), para que cualquier pago que proceda a mi favor por concepto de reembolso, se realice el pago por medio de:

Transferencia Electrónica de Fondos

Orden de Pago

Nombre: _____

Ciudad: _____

Correo electrónico: _____

El asegurado declara, bajo protesta de decir verdad, que el estado de cuenta bancario proporcionado se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depositos que a favor de dichas cuentas se efectúen.

Por este conducto acepto y reconozco en mi calidad de Asegurado Titular y en representación de mis Dependientes Económicos, haber o que han recibido los servicios odontológicos que se mencionan en el presente formato. Autorizo a Dentegra el uso y divulgación de los datos personales y sensibles proporcionados en este documento para los fines que se consideren necesarios en el cumplimiento de los términos y condiciones de la Póliza de Seguros y del Aviso de Privacidad que conozco se encuentra en la página dentegra.com.mx
Asimismo, declaro que la información contenida en el presente formato es real y en su llenado no ha mediado dolo, error, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto.

Solicito y autorizo a AUNA Seguros S.A. (anteriormente Dentegra Seguros Dentales S.A.), para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro celebrado con esta Aseguradora, sea cubierto a través de la opción seleccionada.

Al efectuarse el pago por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales de la póliza, otorgo a favor de AUNA Seguros S.A. (anteriormente Dentegra Seguros Dentales S.A.), el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome derecho o acción de ningún tipo que ejercitar en su contra y desistiéndome en su caso de las ya intentadas o iniciadas. El estado de cuenta ó documento que refleje el movimiento será prueba del pago y de la fecha en que se realizó.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de mis datos personales.

Firma del Asegurado Titular o Padre
o Tutor del menor de edad

Fecha