

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

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (*Datos Obligatorios, evite rechazos)									
Apellido paterno*		Apellido materno*			Nombre(s)*			Número de Póliza*	
RFC <small>letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)</small>		CURP			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento*	País de nacimiento*	Nacionalidad*(1)	
Ocupación actual*		Actividad o Giro del negocio donde trabaja			Correo electrónico				
Calle*					No. Exterior*	No. Interior	Colonia*		
Código Postal*	País	Alcaldía o Municipio*		Ciudad o Población*	Entidad Federativa*	Teléfono (con clave lada)*	clave lada	teléfono	
DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (en caso de ser distinto al Asegurado Titular)									
Mismo domicilio que el titular <input type="checkbox"/>									
Apellido paterno*		Apellido materno*			Nombre(s)*				
RFC <small>letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)</small>		CURP			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento*	País de nacimiento*	Nacionalidad*(1)	
Parentesco* Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Ocupación actual*			Actividad o Giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico		
Calle*					No. Exterior*	No. Interior	Colonia*		
Código Postal*	País	Alcaldía o Municipio*		Ciudad o Población*	Entidad Federativa*	Teléfono (con clave lada)*	clave lada	teléfono	
DATOS DEL DENTISTA TRATANTE									
Apellido paterno		Apellido materno			Nombre(s)			Especialidad	
Cédula profesional		Teléfono (con clave lada)			clave lada	teléfono	Correo electrónico		
DATOS DE LA RECLAMACIÓN									
Código (CPD)	Número de diente	Superficie (2)	Descripción servicio			Fecha de servicio (3)	Importe reclamado	Rúbrica del paciente	
							\$		
							\$		
							\$		
							\$		
							\$		
							\$		
							\$		
							\$		
(2) Superficie: O-Oclusal, V-Vestibular, M-Mesial, D-Distal, L-Lingual, P-Palatino						Totales	\$		
(3) Se refiere a la fecha en que el procedimiento fue concluido. Favor de no dejar espacios en blanco ni utilizar comillas para abreviar datos.									
UTILICE UN SOLO RENGLÓN PARA CADA PROCEDIMIENTO.									

DOCUMENTOS ANEXOS

Total de Radiografías		Reporte Dental	Total de Facturas	Otro (especificar)
Preoperatorias ()	Postoperatorias ()	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

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 o cheque.
- 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 caso de solicitar 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 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 de documento que acredite su internación o legal estancia en el país.
 - Copia de documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.

INFORMACIÓN PARA EL PAGO (Datos del Titular o del Beneficiario afectado, siempre y cuando sea mayor de edad)

Por este medio instruyo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. (“Dentegra”) para que realice el pago de las cantidades autorizadas por concepto de reembolso por medio de:	<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica de Fondos
	<input type="checkbox"/> Orden de Pago Nombre: _____ Ciudad: _____ Correo electrónico: _____
	<input type="checkbox"/> Cheque

FIRMAS

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. 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 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.

Firma del Dentista Tratante

Firma del Asegurado Titular
o Representante legal (menores de edad)

Fecha