Transformando la salud

Auna Dental Dentegra
Solicitud de Reembolso Dental

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*(I)	Sexo M☐ F☐	Ocupación actual*

RFC letras año mes día homoclave	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 ☐

Apellido paterno*	Apellido	Nombre(s)* (sin abreviaturas)	Parentesco* Hijo☐ Cónyuge☐ Otro☐

Fecha de nacimiento*	País de nacimiento*	Nacionalidad*(I)	Sexo M☐ F☐	Ocupación actual*

RFC letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)	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.

Auna Dental Dentegra
Solicitud de Reembolso Dental

Documentos requeridos para el trámite de reembolso

a. Formato de solicitud de reembolso.
b. Radiografías y 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/depósitos 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 págna 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