

SOLICITUD DE REEMBOLSO COBERTURA DENTAL

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



FOLIO D0000135120

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

Nombre Empresa		Nº Póliza
Nombre Titular		
R.U.T Titular	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	Edad Titular
Nombre Paciente		
R.U.T Paciente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	Edad Paciente

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los cirujanos dentistas o cualquier otra persona que me haya examinado y a todos los hospitales o cualquier otra institución para que suministre información completa (Adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros de Vida SURAMERICANA S.A.

II. USO DEL ODONTÓLOGO

Prestaciones	Pieza Nº / Cara	Fecha de Atención			Valor Unitario	Valor Total
		Día	Mes	Año		

TOTAL _____

III. DATOS DEL ODONTÓLOGO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
R.U.T	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	Fecha Presupuesto	Teléfono
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm aa	
Dirección	Número / Depto. Nº	Comuna	Ciudad

Firma Odontólogo

IV. USO EXCLUSIVO SURA

Monto Aprobado \$	Fecha Aprobación	VºBº
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm aa	

Observaciones:

- › Para una correcta evaluación debe llenar todos los campos del formulario.
- › Siempre debe usar un formulario original (no fotocopiado)
- › La autorización de presupuesto están sujetas a revisión de los topes de la cobertura.