



.....

FECHA

--	--	--	--	--	--

I - ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

Nombres Empresa

N° Póliza

Nombre Titular

Edad

RUT

Nombre Paciente

Edad

RUT

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 reclamos a Seguros de Vida SURA S.A.

Firma Titular

II - USO DEL ODONTOLOGO

Prestaciones	Pieza N° / Cara	Fecha de Atención			Valor Unitario	Valor Total
		Día	Mes	Año		
Total \$						

III - DATOS DEL ODONTOLOGO

Nombre Completo _____ Firma Odontólogo _____
Rut _____ Fecha Presupuesto ____/____/____
Dirección y Ciudad _____ Teléfonos _____

III - USO EXCLUSIVO SURA

Monto Aprobado \$ _____ Fecha Aprobación ____/____/____ VºBº _____

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.