

Formato para Reembolso Odontológico

Llenar con letra imprenta.

A llenar por el Cliente/AseguradoNombre/Razón Social de Contratante o Empresa: **Datos del Titular**Apellido paterno: Apellido materno: Nombres: DNI: Dirección: Telf. casa: Celular: Telf. trabajo: Correo electrónico: **Datos del Paciente**Apellido paterno: Apellido materno: Nombres: Edad: Sexo:

M

F

Parentesco:

Cónyuge

Hijo(a)

Padre / Madre

Datos de la atención a llenar por el médico tratanteFecha de consulta: / / Motivo de consulta 1: Signos y síntomas 1: Riesgo 1: Motivo de consulta 2: Signos y síntomas 2: Riesgo 2:

Autorizo a mi corredor de seguros para que pueda recoger el (los) cheque(s) correspondiente(s), así como suscribir y recepcionar cualquier tipo de documentación referente al pago del presente siniestro.

