

LLENE LA SIGUIENTE PLANILLA PARA SOLICITA	R UN REEMBOLSO SOBRE GASTOS DE R	ADIOGRAFIA PANORAMICAS
Nombre y Apellido del Asegurado:	Cédula de Identidad Nro.:	Números Telefónicos
Correo Electrónico:		
Nombre y Apellido del Beneficiario:	Cédula de Identidad Nro.:	Números Telefónicos
· ·		
REQUISITOS PARA REEMBOLSO. (INDISPENSABLE)	-	
1 Haber notificado su intención de haber asistido a una con	 sulta Odontológica (Opcional).	
2 Enviar informe médico del odontológo tratante, donde se		e la RX Panoramica
3 Factura original a nombre del asegurado. (Ésta debe cump		
	•	
4 Fotocopia de la C.I del Asegurado Titular y del beneficiario	(Si es menor de edad, copia de la parti-	da de nacimientoj.
CON EL EIN DE ACILIZAD EL DEEMDOLCO OLIE	CORRECTIONED A LE ACRADECEMACE LLE	NAR LOS SIGNIFAITES DATOS
CON EL FIN DE AGILIZAR EL REEMBOLSO QUE	LORRESPONDA, LE AGRADECEMOS LLEI	VAR LOS SIGUIENTES DATOS.
Nombre y Apellido del titular de la cuenta:	C.I del Titular de la cuenta	
Entidad Bancaria:	Tipo de cuenta	Cuenta Número: (20 dígitos)
	Cte.:Ahorro.:	
Compañía Aseguradora:	Empresa para la cual trabaja:	
	•	
Firma del Asegurado Titular:	Fe	echa: Día: Mes: Año: