

Av. El Golf 150, Piso 4.Las Condes, Santiago
Tel: (2) 461 8000, Fax: (2) 461 8334
www.cruzdelsur.cl

**PRESUPUESTO N°**

790501

N° SINIESTRO	FECHA INGRESO
--------------	---------------

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE		N° POLIZA
NOMBRE ASEGURADO TITULAR		RUT
NOMBRE PACIENTE	EDAD	RUT
FECHA PRIMERA CONSULTA	COTIZACION SALUD ☐ ISAPRE ☐ FONASA ☐ NINGUNA	

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON CORRECTAS Y VERDADERAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO Y AUTORIZO A TODOS LOS ODONTOLOGOS, PROFESIONALES DE LA SALUD, CLINICAS, CENTROS MEDICOS, HOSPITALES, ISAPRES U OTRA INSTITUCION PARA SUMINISTRAR INFORMACION (ADJUNTANDO COPIAS COMPLETAS DE SUS ARCHIVOS) A CIA. DE SEGUROS DE VIDA CRUZ DEL SUR S.A.

Firma Asegurado Titular

PROFESIONAL		RUT
DIRECCION	CIUDAD	FONO
CONVENIO	INTERES POR ESTABLECER CONVENIO	
☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	

FECHA DE LA ATENCION	CANT.	PRESTACION Y NUMERO DE PIEZA DENTARIA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
ADJUNTE RX DIAGNOSTICAS				
COMENTARIOS PROFESIONAL TRATANTE			VALOR TOTAL	
				Firma Profesional Tratante

USO EXCLUSIVO CONTRALORIA COMPAÑIA ASEGURADORA

OBSERVACIONES ODONTOLOGO CONTRALOR	
FECHA EMISION	IMPORTANTE BOLETA DE HONORARIOS EMITASE UNA VEZ FINALIZADA LA PRESTACION
FECHA OPERACION	

V°B° Contraloría Dental