Compañía de Seguros, S.A.

Completar y enviar formulario al Fax No. 2331-7578
reclamospersonasgt@assanet.com

PRE AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DENTAL

Favor completar con letra de molde legible

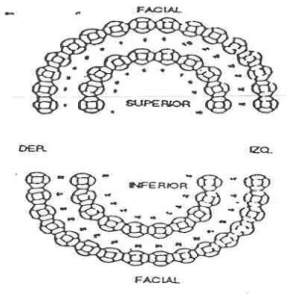
SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO							
Nombre del Asegurado:			Nombre del Dependiente:			Parentesco:	
Pòliza:	Certificado:		Edad:	Sexo:			
Lugar de Trabajo:			Telèfono Oficina:		Tel. Residencia:	Celular:	
Correo Electrónico							

Autorizo a todos los médicos, clínicas, instituciones u otros para que suministren a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. cualquier informaciòn incluyendo copia exacta del paciente

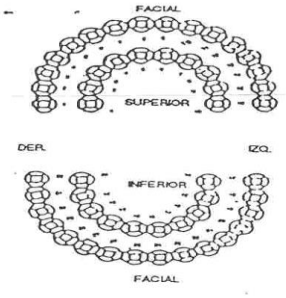
SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente:

					FASE		
Diente No.	**Superficie**	**Descripción del Servicio**	**Fecha de Servicio**	**Cargo**	**I**	**II**	**III**



MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES



MARQUE PIEZAS TRABAJADAS

Fecha sugerida para efectuar procedimiento:	
Firma y sello del Mèdico tratante: **(Información obligatoria)**	**Telèfono:** **Fecha:**

"Declaro que, en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008 autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública, Decreto 57-2008,