SISAVIDA S.A.
SEGUROS DE PERSONAS

SALUD

# PRE-AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DENTAL

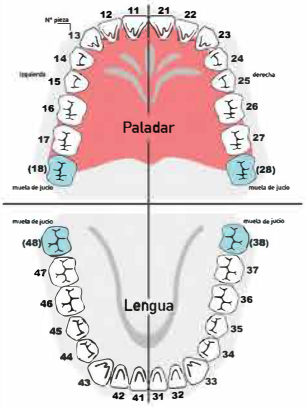
Contratante:_____ Póliza N°_____ Certificado N°_____

## DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO
Nombre del asegurado:_____
Nombre del dependiente (si aplica):_____
Fecha de nacimiento:_____/_____/_____ Sexo: F☐ M☐
Nombre del médico tratante Dr.(a):_____
Fecha tentativa de inicio de la enfermedad:_____

## PRESUPUESTO

| Diente Número | Superficie | Descripción del servicio | Precio |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |




Observaciones:_____

_____
Firma y sello del médico tratante

_____
Lugar y fecha

Para tratamientos deberá presentar este formulario debidamente completado con cinco días de anticipación. Al no cumplir con estos requisitos, la compañia se reserva el derecho de pago.

Edificio SISA, Km. 10 1/2
Carretera a Santa Tecla, La Libertad, El Salvador, C.A.
SISAphone: 2241-0000