

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE ODONTOLÓGICA

1. DATOS DEL TITULAR

Fecha		

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Cédula de Identidad	Empresa

Solicita Prestación Odontológica para:	
Titular	☐
Familiar	☐

Firma

En caso de que la prestación corresponda a un familiar, completar los datos que siguen:

2. DATOS DEL FAMILIAR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Cédula de Identidad	Domicilio

Fecha de Nacimiento

Firma

Relación	Documentación que debe adjuntarse (*)
Cónyuge ☐	Partida de Matrimonio
Hijos ☐	Partida de Nacimiento
Padres ☐	Partida de Nacimiento del titular

(*) Se deberá presentar en caso de que el familiar no se encuentre incorporado a CEFASE

3. DATOS DE LA EMPRESA

Certificamos que la información antes detallada concuerda con nuestros registros.

Fecha		

Sello y Firma

4. DATOS DEL SEGURO

Fecha

Resolución

Pase a primera fiscalización, adjuntando presupuesto del odontólogo tratante

Sello y Firma

Válido hasta:

Marcar el fiscal de su preferencia:

Dr. Pablo Sobrino 2908 9409
 Dra. Alessia Molinari 2413 0320

☐
☐

NOTA: Adjuntar firmado "Reglamento de Asistencia de Odontológica – CEFASE"