



N° 2018 -

SOLICITUD DE CARTA AVAL

FECHA: / /

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:		CÉDULA DE IDENTIDAD/ N° DE PASAPORTE V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>	
NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO:		CÉDULA DE IDENTIDAD/ N° DE PASAPORTE V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>	
PARENTESCO:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
TELÉFONO CELULAR:		TELÉFONO LOCAL:	

TIPO DE CARTA AVAL

MATERNIDAD	<input type="radio"/>	ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS	<input type="radio"/>
CIRUGÍA	<input type="radio"/>	TRATAMIENTO DE CÁNCER	<input type="radio"/>
OTROS	<input type="radio"/>		

DIAGNÓSTICO:

DOCUMENTOS A REMITIR (ORIGINAL Y COPIA) RELLENE EL OVALO CORRESPONDIENTE A LOS

COPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD (TITULAR Y BENEFICIARIO)	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
COPIA DE CARNET (DEL TITULAR DE LA PÓLIZA)	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
PRESUPUESTO CLÍNICA AFILIADA/ACTUALIZADO	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
INFORME MÉDICO (DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO)	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
ORDEN MÉDICA	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>

OTROS:

SUPERVISOR DE ATENCIÓN AL AFILIADO	FIRMA DEL AFILIADO	SUPERVISOR GESTIÓN DE PAGO
------------------------------------	--------------------	----------------------------

ANALISTA DE GESTIÓN DE PAGO

