

A__ de__ de 20__.

A quien corresponda:

Por esta vía solicito sea ingresado el trámite correspondiente a la cobertura de "Indemnización diaria por hospitalización", a favor del titular de la póliza _____ y certificado _____, anexando la siguiente documentación:

- ☐ Acta de nacimiento del Asegurado en original o Copia Certificada.
- ☐ Copia de Identificación Oficial del Asegurado (Credencial para Votar o Pasaporte).
- ☐ Informe Médico que indique fecha de ingreso y egreso, en original con número de cédula profesional, y firma del médico tratante.
- ☐ Resultado de los estudios practicados (Laboratorio y Gabinete).
- ☐ Formato "Declaración del Beneficiario"
- ☐ Copia simple de comprobante de domicilio (teléfono, agua, predial, luz) con antigüedad no mayor a 3 meses.
- ☐ Formato "Carta reclamación para la indemnización de cobertura de Hospitalización"

Fecha de ingreso: _____

Fecha de egreso: _____

Domicilio completo: _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Firma del asegurado