

Formulario único y obligatorio para solicitar la Cobertura de Hotelaría. (A completar por el Socio)

DATOS DEL SOCIO

N° de Socio del titular: Apellido y Nombre:

Tel: E-mail de contacto:

N° de socio del paciente: Apellido y Nombre:

DNI: Edad (años/meses): Plan de Salud:

Diagnóstico:

TIPO DE TRATAMIENTO

Nombre de la Institución que realiza el tratamiento:

 Ambulatorio Internación clínica/quirúrgica

Breve descripción del motivo:

DATOS OBLIGATORIOS

Domicilio de residencia:

Localidad: Provincia:

Datos de solicitud de la hotelaría

Localidad: Provincia:

Desde: (día/mes/año): hasta: (día/mes/año):

Observaciones (aclaraciones en general):

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOCIO

FECHA