

PROGRAMA DE COBERTURAS ESPECIALES
SOLICITUD DE COBERTURA ESPECIAL

Delegación: Fecha:/...../.....

Apellido y Nombre del Afiliado Titular:

Nº de Documento: Nº de Afiliado: Edad:

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal:

E-mail

Teléfono: (.....) Celular: (.....).....

Apellido y Nombre del Afiliado que recibirá la/s prestación/es:

Nº de Documento: Nº de Afiliado: Edad:

Fecha Nacimiento:/...../.....

(Marque la opción que corresponda) Escolarizado 2023: SI / NO

Nombre de la Institución Educativa:

Nivel: Inicial / Primaria / Secundaria / Otros:

Grado/Año: Turno: Mañana / Tarde / Noche

Firma: _____

Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD (PcD) COMPLETAR:

Firma: _____

Aclaración: _____

Parentesco: _____