

SOLICITUD DE COBERTURA ESPECIAL

Delegación: _____

Fecha: ____/____/____

Apellido y Nombre del Afiliado Titular: _____

N° de Documento: _____ N° de Afiliado: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____

E-mail: _____ Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

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

N° de Documento: _____ N° de Afiliado: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Escolarizado 2026: *(Marque la opción que corresponda)* **SI / NO**Escolaridad Especial: *(Marque la opción que corresponda)* **SI / NO**

Nombre de la Institución Educativa: _____

Nivel: Inicial / Primaria / Secundaria / Otros: _____

Grado/Año: _____ Turno: Mañana / Tarde / Noche

Firma_____
Aclaración_____
D.N.I._____
Parentesco