

## Solicitud de Carta Aval

**Fecha:**

### Datos del Titular

<b>Apellidos y Nombres:</b>		<b>Ruc/C.I./Pasaporte/RIF:</b>
		J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> _____
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono Celular:</b>	<b>Email:</b>

### Datos del Beneficiario

<b>Nombre y Apellidos:</b>	<b>Ruc/C.I./Pasaporte/RIF:</b>	<b>Parentesco:</b>
	J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> _____	

### Datos del Siniestro

<b>Diagnóstico:</b>	<b>Fecha probable de intervención:</b>
<b>Monto del Presupuesto:</b>	<b>Proveedor de Servicios:</b>

### Recaudos

<b>Total de Documentos enviados:</b> _____	
Cédula Identidad Titular <input type="checkbox"/>	Cédula Identidad Beneficiarios <input type="checkbox"/>
Informe Médico Amplio y Detallado <input type="checkbox"/>	Indicaciones Médicas <input type="checkbox"/>
Presupuesto Clínica <input type="checkbox"/>	Resultados de Exámen de Laboratorio <input type="checkbox"/>
Citología Informe <input type="checkbox"/>	Biopsia Informe <input type="checkbox"/>
Gammagrama Informe <input type="checkbox"/>	Ecosonograma (Foto) e Informe <input type="checkbox"/>
Radiografías (Foto) Placas e Informe <input type="checkbox"/>	Resonancias (Foto) e Informe <input type="checkbox"/>
Endoscopia (Foto) e Informe <input type="checkbox"/>	Colonoscopia (Foto) e Informe <input type="checkbox"/>
Electro Cardiograma (Foto) e Informe: <input type="checkbox"/>	

**Firma Del Titular:** \_\_\_\_\_