

Solicitud de Ingreso

DATOS DEL CLIENTE

Nombres:

Apellido:

Apellido materno:

Fecha de nacimiento:

DNI N°: CUIL N°:

Estado Civil: Nombre del cónyuge:

Domicilio real: de:

Teléfono particular: Teléfono celular:

Correo electrónico:

Domicilio profesional:

Matrícula profesional:

Especialidad:

Lugar de trabajo:

Póliza de seguro por praxis médica en:

Fecha de vencimiento de la póliza:

Monto asegurado:

Antecedentes de denuncia o reclamos por praxis médica (civil o penales), indicando fecha de siniestro, instancia en tramitación, tribunal o repartición ante que tramita y monto reclamado:

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN