

**SOLICITUD DE
CARTA COMPROMISO**

Fecha

--	--	--

I.- DATOS DE LA PÓLIZA

1.1.- Póliza Nro.	1.2.- Certificado Nro.
-------------------	------------------------

1.3.- Tomador

II.- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

2.1.- Primer apellido	2.2.- Inicial del 2do.	2.3.- Primer nombre	2.4.- Inicial del 2do.
-----------------------	------------------------	---------------------	------------------------

2.5.- Cédula de identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	2.6.- Teléfono de hab.	2.7.- Teléfono de oficina	2.8.- Teléfono móvil
--	------------------------	---------------------------	----------------------

2.9.- Correo electrónico del asegurado titular

III.- DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

3.1.- Primer apellido	3.2.- Inicial del 2do.	3.3.- Primer nombre	3.4.- Inicial del 2do.
-----------------------	------------------------	---------------------	------------------------

3.5.- Cédula de identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	3.6.- Teléfono de hab.	3.7.- Teléfono de oficina	3.8.- Teléfono móvil
--	------------------------	---------------------------	----------------------

3.9.- Fecha de nacimiento	3.10.- Posee otra(s) póliza(s) de HCM <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indique la compañía _____		
---------------------------	--	--	--

3.11.- Correo electrónico del asegurado afectado	3.12.- Parentesco con el titular
--	----------------------------------

IV.- DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

4.1.- Primer apellido	4.2.- Inicial del 2do.	4.3.- Primer nombre	4.4.- Inicial del 2do.
-----------------------	------------------------	---------------------	------------------------

4.5.- Cédula de identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	4.6.- Motivo o causa de hospitalización	4.7.- Especialidad
--	---	--------------------

V.- DATOS DEL PROVEEDOR

5.1.- Institución donde se efectuará la intervención	5.2.- Fecha en que se efectuará
--	---------------------------------

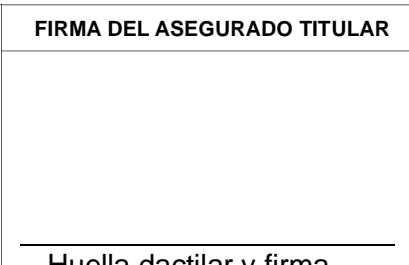
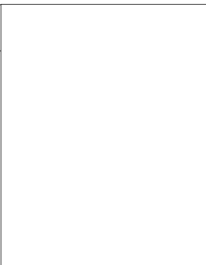
VI.- EN CASO DE SER ACCIDENTE

6.1.- Circunstancia del mismo	6.2.- Fecha de ocurrencia
-------------------------------	---------------------------

6.3.- Intervención o tratamiento del mismo

VII.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

7.1 Autorizo a C.N.A. de Seguros La Previsora para que por medio de sus representantes realice todas aquellas averiguaciones que considere necesarias con referencia a la reclamación y así mismo, relevo a los médicos tratantes y a la clínica de la responsabilidad de guardar el secreto profesional, en conformidad con el Art. 16 de las Condiciones Generales de la Póliza y al Art. 47 de la Ley del Ejercicio de la Medicina.

	FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR	FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO	
 Huella dactilar y firma	 Huella dactilar y firma	 Huella dactilar y firma	 Huella dactilar y firma

Nota: Favor anexar presupuesto de la clínica , informes y estudios que corroboren el diagnóstico