



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

RECIBO DE DOCUMENTOS
ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

Versión: 04
Código: F-GC-53
Fecha: 07/06/2024
Página 1 de 1

Este Formulario debe ser completado sin enmiendas ni tachaduras.

RECIBI DE OAMI S.A. LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SALUD N.º..... DE FECHA.....

Nombre del Titular: _____

Dirección particular: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Nro. de Contacto: _____

Marque con (X) los documentos que recibe y anule los espacios en blanco con una línea (--)

- NORMAS GENERALES Vº....

- ANEXO DE COBERTURAS _____ Vº.....del Plan.....

- LISTADO MEDICO _____

- CONTRATO DE SALUD firmado _____

- ANEXO RENOVACION DE CONTRATO DE SALUD _____

- CARNET(S): Cant.: _____

- ASISTENCIA AL VIAJERO: _____

- COBERTURA Y MANUAL DE UTILIZACIÓN DE ASISTENCIA AL VIAJERO _____

- CONTRATO DE ALTA COMPLEJIDAD _____

- FACTURA N.º.....

- NOTA:

OTROS: _____

RECIBI CONFORME: Firma: _____

FECHA: _____

Aclaración (primer Nombre y Apellido, sin abreviaturas): _____

Aviso Legal: La información de contacto proporcionada por el titular tiene carácter de declaración jurada, por lo que se asume su veracidad. La dirección de correo proporcionada se considerará el domicilio digital del titular para las notificaciones y/o comunicaciones que le fueren enviadas por ese medio. En caso de modificaciones contactar al 318-5000.