

Quito, de de 2024

Señores:

MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA

Ciudad.-

Ref: Autorización Inclusión de Beneficiarios.

YO, _____

Identificado (a) con C.I. _____ titular del Contrato N° _____

solicito la **INCLUSIÓN** al plan de medicina prepagada de los siguientes beneficiarios.

Nombre Beneficiario	Cédula Beneficiario

Agradezco la atención a la presente.

Firma Titular

Nombre: _____

C.I. _____

Tel Conv; _____ Tel. Cel. _____

E-mail. _____

***Favor anexar copia de cedula de titular del contrato y beneficiarios.**

QUITO

Gral. Salazar E11-115 y Av. 12 de Octubre
PBX: 2556445
E-mail: serdiente-eps@cruzblanca.com.ec

GUAYAQUIL

Victor Emilio Estrada No. 710 entre Ficus y Guayacanes,
Urdesa Central, planta baja, edificio La Pirámide,
Teléfonos: (04) 4630670 / 4630671 Celular: 0996206670