

LOGO DE LA AFP

ANEXO II

N° Trámite

Regional

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECALIFICACIÓN

I. RECEPCIÓN

Fecha de recepción: Fecha de solicitud:

II. DATOS GENERALES DEL AFILIADO

Nombre del Afiliado:

NUA: Matricula del Asegurado Ente Gestor de Salud

Tipo Doc. Identidad N° de Doc Identidad Sexo

Fecha de nacimiento Nacionalidad

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente

Domicilio (Av./cll.N°) Teléfono

III. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE AUTORIZADO DE LA RECALIFICACIÓN

Afiliado Entidad Aseguradora Empleador

Solicitante Telf. Contacto

Correo electrónico

Tipo Doc. Identidad N° Doc. Identidad

IV. DATOS GENERALES DEL DICTAMEN

Fecha de Dictamen N° de Dictamen Resolución Administrativa

% de pérdida de capacidad laboral Origen Por

V. DETALLE DE LOS DOCUMENTOS MEDICOS PRESENTADOS PARA LA RECALIFICACION

Observaciones:

Firma y Nombre del Funcionario Responsable
Sello AFP

Firma Solicitante