

CHECK LIST

PRODUCTO: CREDITO SALUD

NOMBRE DEL TITULAR: _____

MONTO SOLICITADO: _____

- 1 ☐ FORMULARIO DE SOLICITUD F 01
- 2 ☐ FOTOCOPIA DE C.I. FIRMADA AL MEDIO
- 3 ☐ FOTOCOPIA DE ULTIMA BOLETA DE PAGO FIRMADA
- 4 ☐ CERTIFICADO MEDICO Y/O INFORME MEDICO DE REQUERIR ALGUN TRATAMIENTO
- 5 ☐ FACTURA DE MEDICAMENTOS
- 6 ☐ FACTURA O RESPALDO DE EXAMENES MEDICOS