Fecha: _____

Señores:
SEGUROS DE VIDA ALFA
Calle 26 # 59-15 Local 6 y 7 Edificio Avianca
Bogotá D.C.

Cordial Saludo,

Autorizo a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. realizar el pago de mis viáticos por:

(Señalar solo una opción):

☐ Consignación cuenta bancaria

☐ Giro por ventanilla en el banco de Occidente

Con el fin de asistir a la valoración médica que tengo asignada con la Junta _____ de calificación de invalidez, para continuar con mi proceso de calificación de mi(s) diagnostico(s) _____ el día __ __ / __ __ /__ __ __ __ a las __ __: __ __ __.__. Adjunto a esta carta:

1. Fotocopia del documento de identificación
2. En caso tal de que haya elegido la opción (Consignación cuenta bancaria) Certificado bancario en donde soy el titular de la cuenta.

Firma: _____

Nombre:

Cédula:

Teléfono:

Celular:

Dirección:

Ciudad y departamento:

Observaciones:
Es obligatorio llenar cada campo solicitado para realizar la Notificacion de la aprobación o rechazo de su solicitud
Estos documentos debe enviarlos al correo traslados.previsionales@segurosalfa.com.co
El tiempo de respuesta a su solicitud se realizara en el transcurso de 10 hábiles.