

AVISO DE ALTAS Y BAJAS DE BENEFICIARIOS



Caja de Salud
Banca Privada

Bs 10.-
F - 004

Nº 320701

AVISO DE ALTAS Y BAJAS DE BENEFICIARIOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Regional	Razón Social de la Empresa	Matrícula del asegurado	
ALTAS						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Fecha de Afiliación	
BAJAS						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Fecha de Baja	Motivo de la Baja

.....
Firma del Asegurado Titular

.....
Sello y Firma de la Unidad de Seguros C.S.B.P.

AVISO DE ALTAS Y BAJAS DE BENEFICIARIOS
Vigencia de Derechos

LUGAR Y FECHA:

AVISO DE AFILIACION O REINGRESO DEL TRABAJADOR



Caja de Salud
Banca Privada

Bs 10.-
F. 002

Nº 087701

AVISO DE AFILIACIÓN O REINGRESO DEL TRABAJADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		REGIONAL	ACTIVIDAD DEL EMPLEADOR		Nº PATRONAL
AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES			Nº ASEGURADO
NACIDO EN FECHA	DÍA	MES	AÑO	DEPARTAMENTO	PAÍS
EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL		CARNET DE IDENTIDAD	
DOMICILIO		CALLE O AVENIDA	ZONA	TELÉFONO	CELULAR REGIONAL
PROFESIÓN	CARGO QUE DESEMPEÑA		HABER MENSUAL		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA			LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN		
FIRMA DEL ASEGURADO		FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA		FIRMA Y SELLO UNIDAD DE SEGUROS - C.S.B.P.	

VICENCIA DE DERECHOS

www.csbp.com.bo

AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO



Caja de Salud
Banca Privada

Bs 10.-
F - 003

Nº 013417

AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		REGIONAL	ACTIVIDAD DEL EMPLEADOR		Nº PATRONAL
AP. PATERNO	AP. MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO
FECHA DE INGRESO	DÍA	MES	AÑO	DEPARTAMENTO	
FECHA DE BAJA:	DÍA	MES	AÑO	DEPARTAMENTO	
MOTIVO DE BAJA			ULTIMO HABER MENSUAL		
LUGAR Y FECHA DE PRESENTACIÓN			LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN		
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA			FIRMA Y SELLO UNIDAD DE SEGUROS -C.S.B.P.		

VIGENCIA DE DERECHOS

RESUMEN DE APORTES



Caja de Salud
Banca Privada

Bs. 10

F-001

RESUMEN DE APORTES

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR		N° DE NIT		N° DE EMPLEADOR		
DOMICILIO/ZONA		CALLE	NÚMERO	TELÉFONO	C.M.A.	
CORRESPONDIENTE AL MES DE		DE		REGIONAL		
ACTIVIDAD DEL EMPLEADOR	N° TRABAJADORES	TOTAL SALARIOS	TASA	COTIZACIÓN		
ACTUALIZACIÓN						
TOTAL APORTE ACTUALIZADO						
RIESGOS PROFESIONALES A CORTO PLAZO			CASOS	IMPORTE		
SUBSIDIOS	1 ENFERMEDAD COMUN					
	2 MATERNIDAD					
	3 ACCIDENTE DE TRABAJO					
	4 ENFERMEDAD PROFESIONAL					
	TOTAL SUBSIDIOS					
RECARGOS DE LEY			IMPORTE			
RECARGOS	INTERÉS					
	MULTAS					
	TOTAL RECARGOS DE LEY					
TOTAL A CANCELAR						
BALDO A FAVOR DE C.S.B.P.						
BALDO A FAVOR DEL EMPLEADOR						
TOTAL A CANCELAR LITERAL						
Como representante legal de la Empresa por Responsables de la Estación de Planificación, declare bajo juramento la exactitud de los datos consignados en este Documento.			FORMA DE PAGO		BANCO	
			CH. N°			
			DEPOSITO			
			TOTAL PAGADO			
OBSERVACIONES		CANTIDAD RECIBIDA POR		VERIFICADO POR		
FECHA: Día Mes Año		FECHA: Día Mes Año				

SOLICITUD DE REIMPRESIONES DE ORDENES DE SERVICIOS AUXILIARES, MEDICOS Y RECETAS



Caja de Salud
Banca Privada

Bs. 10.-

Nº 007301

SOLICITUD REIMPRESIÓN DE ÓRDENES DE SERVICIOS AUXILIARES MÉDICOS Y RECETAS

Señor (a)
Jefe Médico Regional
Caja de Salud de la Banca Privada
Presente.-

Por la presente, en mi calidad de Titular del seguro, solicito duplicado de:

- Órdenes de laboratorio.....
- Receta médica.....
- Orden de RX.....
- Orden de Internación.....
- Orden de transferencia a otra especialidad.....
- Certificado de Incapacidad Temporal.....
- Otros:.....
- Otros:.....

DATOS DEL SOLICITANTE

TITULAR

BENEFICIARIO

NOMBRE:

C. I. N°:

REGIONAL:

INSTITUCIÓN:

LUGAR:

FECHA:

.....
Firma N° C.I.
Asegurado

SOBRE DEL ASEGURADO



Caja de Salud
Banca Privada

SOBRE DEL ASEGURADO

OTROS DATOS

N° DE ASEGURADO

**APELLIDO
PATERNO**

**APELLIDO
MATERNO**

NOMBRES

**INSTITUCIÓN A LA
QUE PERTENECE**

REGIONAL

SECCIÓN AFILIACIÓN