

Ciudad: _____ Fecha: Día Mes Año

Número de Tránsito:

Solicitud de reembolso: AMB. HOSP.

Número de contrato: - Broker: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: _____ R.U.C.: _____

Titular: Apellidos: _____ Nombres: _____ C.I.: _____

Paciente: Apellidos: _____ Nombres: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección actual: _____ Telf.: _____

E-mail: _____ ¿Tiene otro plan de asistencia médica?: Sí No ¿Cuál?: _____

Plan Humana: _____ Inicio de vigencia Humana: Día Mes Año

Cuenta restitución: Inst. emisora: _____ Ahorros Corriente T/C Cta. No.: _____

Código #: _____ Diagnóstico: _____ Alcance a liquidación No.: _____

2. DETALLE DE FACTURAS PRESENTADAS

Emisor	Factura No.	Valor	Emisor	Factura No.	Valor

3. PACIENTE / TITULAR

Firmo la presente solicitud de reembolso, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, así mismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

PACIENTE: Si es menor de edad firma el titular
C.I.: _____

FIRMA DEL TITULAR
C.I.: _____

Ciudad: _____

Fecha: Día Mes Año