

Solicitud de Reembolso

N° de Siniestro: _____

Fecha: _____

Datos del titular:

Nombre y Apellido	C.I. N°	Localidad:
E-Mail:	Teléfono:	Celular:
N° de Cuenta Titular	Banco	Tipo de Cuenta

Datos del beneficiario:

Nombre y Apellido:	C.I. N°	Parentesco:
--------------------	---------	-------------

Datos del siniestro:

Diagnóstico	Fecha de Siniestro
-------------	--------------------

Total Documentos entregados () ORIGINAL () COPIAS

Descripción	Llenado por el Titular (Bs.)
() Informe Médico Amplio y Detallado	_____
() Factura de Clínica	_____
() Presupuesto de Clínica	_____
() Récipe Médico	_____
() Factura por Medicinas	_____
() Recibo de Honorarios	_____
() Facturas por exámenes de Laboratorio	_____
() Resultados por exámenes de Laboratorio	_____
() Factura de Biopsia () Informe	_____
() Factura de Citología () Informe	_____
() Factura de Gammagrama () Resultado	_____
() Factura de Ecosonograma () Informe () Foto	_____
() Factura de Radiografías () Informe () Placas	_____
() Factura de Resonancias () Informe () Placas	_____
() Factura de Endoscopia () Informe () Foto	_____
() Factura de Colonoscopia () Informe () Foto	_____
() Electrocardiograma	_____
() Otros Especificar: _____	_____
	Subtotal _____
	Deducible _____
	Total _____

Nombre de la Clínica: _____

Observaciones: _____

Firma del titular	Huella	Datos del solicitante	Recibido
		Nombre y Apellido:	Fecha:
		Correo:	
		Nro. Telf:	Hora: