



ADMINISTRADORA DE RIESGOS S.A.

PARSALUD

RIF J-30399272-2

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS PLAN DE SALUD

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO

NOMBRE DEL CONTRATANTE		CONTRATO N°		CERTIF. N°
NOMBRE DEL TITULAR	CÉDULA DE IDENTIDAD N°	FECHA DE OCURRENCIA	TELÉFONO	
NOMBRE DEL PACIENTE	CÉDULA DE IDENTIDAD N°	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO

En caso de Maternidad, ¿Desea incluir al recién nacido bajo la cobertura de la póliza?

SI

NO

Nombre del recién nacido: _____

Certifico que las facturas anexas son auténticas:

Autorizo al médico tratante y a la institución hospitalaria para que suministre a PARSALUD, C.A. cuanta información solicite, así como copias exactas de sus archivos relativos al paciente.

FIRMA DEL TITULAR

LUGAR Y FECHA

PARA SER LLENADO POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		N° DE RIF.		TELÉFONO
FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	FACTURA N°	MONTO DE LA FACTURA	LUGAR Y FECHA

CENTRO HOSPITALARIO Ó CLÍNICA
(Sello y Firma Autorizada)

