

FORMULARIO DE RECLAMOS DE BENEFICIOS

Favor llenar este formulario con letra imprenta en su totalidad

FECHA: dd: ____ mm: ____ aa: _____

DATOS DEL TITULAR

Nombres Completos: _____ C.I. _____

Tipo de plan: Individual Corporativo Empresarial

Datos del Paciente:

Parentesco: Titular Cónyuge Hijo/Hija

Nombres Completos: _____ C.I. _____ Edad: _____

FIRMA DEL TITULAR

ESPACIO SOLO PARA CORPORATIVOS Y EMPRESARIALES

Razón Social: _____

Nombre del Titular Asegurado: _____

Fecha de Inclusión: _____ Contrato N° _____

NOMBRE

FIRMA Y SELLO

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Médico: _____

Especialidad: _____

Motivo de Consulta: _____ Inicio síntomas _____

Diagnóstico específico: 1 _____ CIE.10 _____

2 _____ CIE.10 _____

3 _____ CIE.10 _____

Accidente Enfermedad Embarazo Control niño sano Otros

Observaciones Relevantes _____

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

Nota: Plus Medical Services S.A. no cubre enfermedades en estudio y/o a descartar. La cobertura es para la enfermedad actual declarada en este formulario con base al motivo de consulta respectiva.