

Alcance al tránsito número:

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Contratante principal empresa: \_\_\_\_\_ R.U.C.: \_\_\_\_\_

Titular: Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Paciente: Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ Parentesco : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo: CIE 10  \_\_\_\_\_

## 2. 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.

FIRMA DEL AFILIADO

Fecha: Día  Mes  Año

GC-FR-03V01