

FAVOR LLENAR EN MAQUINA O LETRA DE MOLDE
FECHA / /

HORA:
**A.M.
P.M.**
PARA SER LLENADO POR LA PARTE SOLICITANTE

CONTRATANTE:		POLIZA Nº:	
NOMBRE ASEGURADO TITULAR		CEDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
NOMBRE DEL DEPENDIENTE:	PARENTESCO:	EDAD:	CEDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E
NOMBRE DE LA CLINICA:	LOCALIDAD	R.I.F.Nº	
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE:	ESPECIALIDAD:	R.I.F.Nº	
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZON SOCIAL DEL SOLICITANTE:			TELEFONOS
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:			
OTROS EXAMENES			

PARA SER LLENADO POR LA COMPAÑIA DE SEGUROS

PÓLIZA Nº:		FECHA DE SUSCRIPCIÓN / /		DOCUMENTOS REQUERIDOS <input type="checkbox"/> INFORME MEDICO AMPLIO <input type="checkbox"/> PRESUPUESTO (S) DE LA CLINICA <input type="checkbox"/> RADIOGRAFIAS (RX) <input type="checkbox"/> ECOSONOGRAMAS <input type="checkbox"/> EXAMENES DE LABORATORIO <input type="checkbox"/> OTROS EXAMENES _____	
PLAN:	PLAZO DE ESPERA	TITULAR <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
RECIBO / ENDOSO:	VIGENCIA:	DESDE / /	HASTA / /		
STATUS:	FECHA DE INCLUSIÓN / /	TITULAR / /	DEPENDIENTE / /		
SINIESTROS ANTERIORES:	RECIBO ANTERIOR:			OBSERVACIONES: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	
LIMITE DE HABIT.:	DEDUCIBLE Bs.:				
PARTO NORMAL POR Bs.	LIMITE MAXIMO DE H.C.M.:				
CESAREA POR Bs.	LIMITE MAXIMO DE G.M.M.:				
PRESUPUESTO POR Bs.:	FORCENTAJE DE REEMBOLSO: %				
OTROS:					
PRODUCTOR:					

SOLICITANTE:	RECEPCIÓN:	VERIFICADO POR:	RECIBIDO POR:
			NOMBRE: _____
			C.I. Nº: _____
FECHA - FIRMA			FECHA: / /