

## SOLICITUD DE REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS

Institución Universitaria: \_\_\_\_\_

**Datos del titular:**

| Apellidos y Nombres | Cédula de Identidad: | Tipo de personal |      |       |         |
|---------------------|----------------------|------------------|------|-------|---------|
|                     |                      | Fijo             | Con. | Jub/P | Sobrevi |
|                     | V                    |                  |      |       |         |
|                     | E                    |                  |      |       |         |
|                     |                      | Doc              |      |       |         |
|                     |                      | Adm.             |      |       |         |
|                     |                      | Obr.             |      |       |         |

**Datos del Beneficiario:**

| Apellidos y Nombres | Cédula de Identidad: | Parentesco: |          |  |
|---------------------|----------------------|-------------|----------|--|
|                     | V                    | Padre       | Hijo:    |  |
|                     | E                    | Madre:      | Cónyuge: |  |

**Diagnóstico Médico:** \_\_\_\_\_

**Requisitos**

|  |  |
|--|--|
| En una hoja tipo carta:  | Fotocopia de la cédula de identidad del titular,<br>Fotocopia del carnet como trabajador Universitario,<br>Fotocopia de la cédula de identidad del beneficiario                                    |
| <b>Original de las facturas</b>  | debidamente DESGLOSADAS Y CANCELADAS.  |
| <b>Fotocopia de informe con patología, Récipes e Indicaciones Médicas.</b>   |  |
| <b>Fotocopia de Estudios Realizados, Informe de Resultados</b>   |  |
| <b>Fotocopia de Certificación Bancaria del Titular, Copia de Cheque Inutilizado o primera de la página de la libreta de ahorros.</b> | De no poseer cheque, libreta o referencia bancaria, consignar recibo de pago de nómina donde aparezca el número de cuenta y nombre del titular.  |
| <b>Copia de Documento que Justifique el Vínculo del Beneficiario (Si está en trámite de registro en SISMEU)</b>                      | Cónyuge: copia de certificación del acta de matrimonio o de unión estable de derecho.<br>Hijo: copia de la partida de nacimiento.<br>Padre o Madre: copia de la partida de nacimiento del titular. |

**Nota:** Si entrega copia de la factura por actuación de otro seguro, la misma debe tener sello húmedo; indicando las palabras "copia fiel a la original" y con el finiquito de agotamiento de cobertura del seguro externo avalando el monto cubierto.

**Toda Factura debe cumplir con las normas establecidas por el SENIAT, debe estar a nombre del titular o beneficiario, con firma y sello del establecimiento comercial.**

### Beneficiario del Pago

| Apellidos y Nombres | CI° | Monto Bs. | Banco |
|---------------------|-----|-----------|-------|
|                     |     |           |       |

**Número de Cuenta:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

| Nombre y Apellido de la persona que entregó los documentos: | Recepción de Documentos:            |
|---|-------------------------------------|
|   | Nombre y Apellidos del Funcionario: |
| Cédula de Identidad:  |                                     |
| Teléfono:   | Fecha:                              |
| Firma:  | Firma:                              |

Casillero Zoom: CCS-382233

**Plazo para entrega de los documentos: noventa (90) días continuos a partir de la fecha de la factura.**
**Cantidad de facturas Entregadas:** \_\_\_\_\_