

## 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
		Doc			
	V	Adm.			
	E	Obr.			

**Datos del Beneficiario:**

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

**Diagnóstico Médico:** \_\_\_\_\_

**Requisitos**

	En una hoja tipo carta: Fotocopia de la cédula de identidad del titular, Fotocopia del carnet como trabajador Universitario, Fotocopia de la cédula de identidad del beneficiario
	<b>Original de las facturas</b> debidamente DESGLOSADAS Y CANCELADAS.
	<b>Fotocopia de informe con patología, Récepes 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. Hijo: copia de la partida de nacimiento. Padre o Madre: copia de la partida de nacimiento del titular.
	<b>Nota:</b> 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:
	<b>Nombre y Apellidos del Funcionario:</b>
<b>Cédula de Identidad:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

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:** \_\_\_\_\_