

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS

Datos del Titular:

Apellidos y Nombres :	Cédula de la Identidad:				Tipo de Personal:									
	V				Doc.	Fij	Cont	Jub	Pen	Obr.	Fij	Cont	Jub	Pen
	E					Adm.								

Datos del Beneficiario:

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

Requisitos:

<input type="checkbox"/>	Copia del Documento que justifique el vínculo del Beneficiario con el Titular.
<input type="checkbox"/>	Original y Fotocopia del Informe Médico amplio y detallado.
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de Récepes.
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de los Estudios Realizados.
<input type="checkbox"/>	Original de las facturas debidamente (DESGLOSADA Y CANCELADA) .
<input type="checkbox"/>	Copia de la primera página de la libreta de ahorros o cheque donde aparece número de cuenta y nombre, de lo contrario certificación bancaria.

Nota: Toda factura debe cumplir con las normas establecidas por el SENIAT, la cual especifique la forma de pago, firma y sello de la persona autorizada.

Para ser llenado por el Funcionario Autorizado:

Beneficiario del Pago				
Apellido y Nombre	C.I. N°	Monto Bs.	Banco	Nro. Cuenta

Nombre y Apellido de la persona que entregó los documentos:	Recepción de Documentos / _____
	Nombre y Apellidos del Funcionario:
Cédula de la Identidad:	
Teléfonos:	Fecha:
Firma:	Firma:

Plazo para entrega de los documento es de noventa (90) días Continuos