

## FORMULARIO DE RECLAMOS DE BENEFICIOS

Favor llenar este formulario con letra imprenta en su totalidad

FECHA: dd: \_\_\_ mm: \_\_\_ aa: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TITULAR

Nombres Completos: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Tipo de plan: Individual  Corporativo  Empresarial

Datos del Paciente:

Parentesco: Titular  Cónyuge  Hijo/Hija

Nombres Completos: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR

### ESPACIO SOLO PARA CORPORATIVOS Y EMPRESARIALES

Razón Social: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Inclusión: \_\_\_\_\_ Contrato N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO

### INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_ Inicio síntomas \_\_\_\_\_

Diagnóstico específico: 1 \_\_\_\_\_ CIE.10 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ CIE.10 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ CIE.10 \_\_\_\_\_

Accidente  Enfermedad  Embarazo  Control niño sano  Otros

Observaciones Relevantes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

Nota: Plus Medical Services S.A. no cubre enfermedades en estudio y/o a descartar. La cobertura es para la enfermedad actual declarada en este formulario con base al motivo de consulta respectiva.