



LIGA DEPORTIVA BARRIAL SAN PEDRO DE EL TINGO

FORMATO DE RECLAMACIÓN FONDO DE AYUDA MEDICA

DATOS GENERALES

| | |
|---|-------------------|
| Nombre del Club: | CI: |
| Nombre del Jugador: | Edad |
| Categoría: Masculina _____ Femenino _____ Infantil _____ | |
| Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia: | |
| | |
| | |
| Nombre del médico consultor: | |
| | |
| Tiene otro tipo de cobertura médica?: | SI _____ NO _____ |
| Nombre de la Compañía: | |

| Detalle de Gastos Ambulatorios | Valores | |
|--------------------------------|---------|---|
| Consulta Médica | | Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo, Autorizo a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, Institución o empresa que prestó algún servicio médico para suministre a la Liga San Pedro de El Tingo. todos los informes que requiera incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos. |
| Rayos X | | |
| Laboratorio | | |
| Medicinas | | |
| Otros | | |
| Total de gastos presentados: | | |

| |
|--|
| Observaciones: |
| |
| |
| Número de documentos que acompañan este formato: |

| |
|----------------|
| Lugar y Fecha: |
|----------------|

| | | | |
|---------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|
| Nombre del Presidente del Club: | | CI: | |
| | | | |
| Firma Presidente Club | Firma Solicitante | Firma Comision | Fecha Recepcion |
| | | | / / |

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTE ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.