



COOPERATIVA PROFESIONALES, R.L.

Solicitud de reclamo Plan solidario de cáncer

Código:

PC-GOF-GAR-FOR-26

Dpto. / Sección:

Garantía

Versión:

04

Vigencia:

02-09-25

Fecha \_\_\_\_\_

No. de solicitud \_\_\_\_\_

Por este medio yo \_\_\_\_\_ con cédula de identidad personal N° \_\_\_\_\_, asociado N° \_\_\_\_\_ hago formal reclamo para la indemnización correspondiente al siguiente diagnóstico de Cáncer \_\_\_\_\_.

Para tal efecto adjunto los siguientes documentos:

Informe médico original, firmado por el médico tratante que incluya el diagnóstico.

Original del histopatológico, emitido por un patólogo o hematólogo (en caso de malignidades hematológicas).

Fotocopia de cédula

Autorizo a la **Cooperativa de Servicios Múltiples Profesionales, R.L.**, a solicitar información y copias de mi expediente clínico a cualquier hospital, clínica, Centro de Salud, público o privado, que custodie mi historial de salud.

Declaro que toda la información suministrada en este documento es correcta y veraz, y asumo la responsabilidad penal, civil y de cualquier tipo, que pueda generar la falsedad manifestada en los documentos aportados.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asociado**

\_\_\_\_\_  
**No. de Cédula**

\*\*\*\*\*

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA**

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_