



COOPERATIVA PROFESIONALES, R.L.

Solicitud de reclamo por el fondo de incapacidad temporal

Código:

PC-GOF-GAR-FOR-25

Dpto. / Sección:

Garantía

Versión:

01

Vigencia:

23-04-20

Fecha: _____

Por este medio yo, _____, con cédula de identidad personal _____, asociado número _____ hago formal reclamo de la incapacidad comprendida desde _____ por el siguiente diagnóstico _____.

Para tal efecto, adjunto los siguientes documentos:

- Certificado de incapacidad
- Nota de exclusión de planilla o comprobante oficial de reducción de ingresos
- Copia del talonario de pensiones y subsidios
- Fotocopia de cédula

Autorizo a la **Cooperativa de Servicios Múltiples Profesionales, R.L.**, a solicitar información 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

Cédula

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

Atendido por: _____

Fecha y hora: _____