



COOPERATIVA PROFESIONALES, R.L.

**Solicitud de reclamo plan solidario de cáncer por un beneficiario**

<b>Código:</b>	<b>PC-GOF-GAR-FOR-24</b>
<b>Dpto. / Sección:</b>	<b>Garantía</b>
<b>Versión:</b>	<b>01</b>
<b>Vigencia:</b>	<b>23-04-20</b>

Fecha: \_\_\_\_\_

Por este medio yo, \_\_\_\_\_, con cédula de identidad personal \_\_\_\_\_, asociado número \_\_\_\_\_, en calidad de beneficiario de \_\_\_\_\_ (q.e.p.d), exasociado \_\_\_\_\_; hago formal reclamo para la indemnización correspondiente, a quien se le diagnosticó \_\_\_\_\_.

Para tal efecto, adjunto los siguientes documentos:

- Historial Clínico por enfermedad del fallecido.
- Certificado de Diagnóstico Histopatológico del fallecido, emitido por un Patólogo o Hematólogo (en caso de malignidades hematológicas), con idoneidad expedida por el Consejo Técnico de Salud de Panamá.
- Copia de cédula del fallecido.

Autorizo a la **Cooperativa de Servicios Múltiples Profesionales, R.L.**, a solicitar información sobre el expediente clínico de \_\_\_\_\_, que repose en cualquier hospital, clínica, centro de salud público o privado, donde repose el mismo.

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

\_\_\_\_\_  
Cédula

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA**

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_