

**SOLICITUD DE REINTEGRO ORDENES ASISTENCIALES**

Fecha		

**1. DATOS DEL TITULAR**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Cédula de Identidad	Empresa

Solicita Reintegro para:	
Titular	<input type="checkbox"/>
Familiar cubierto por CEFASE	<input type="checkbox"/>

En caso de que la prestación corresponda a un familiar, completar los datos que siguen:

**2. DATOS DEL FAMILIAR**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Fecha de nacimiento	Cédula de Identidad

**3. SE SOLICITA REINTEGRO DE LOS SIGUIENTES MONTOS:**

**NOTA:** Se deben adjuntar la/s órdenes y/o comprobantes de acuerdo a lo siguiente:

- Orden y/o comprobante a nombre del beneficiario titular o familiar emitida por la Institución a la que está afiliado por CEFASE.
- Indicar fecha de pago, importe y concepto a que corresponde.

No se tramitarán reintegros luego de transcurridos 15 días desde el pago.

Descripción	Monto
1	\$
2	\$
3	\$
4	\$
5	\$
<b>TOTAL</b>	\$

**4. DATOS DE LA EMPRESA**

Sello y Firma de la Empresa

Firma del afiliado

**5. DATOS DEL SEGURO**

Fecha	Resolución