



SOLICITUD DE ACTIVACION DEL FONDO DE CONTINGENCIA MÉDICA

1. N°:
2. Fecha:

DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

3. Nombres y Apellidos:			4. Cédula de Identidad::		
5. Dirección de Habitación::			6. Teléfono de Habitación/ Oficina/ N° Celular:		
7. Tipo de Personal: <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Obrero		8. Condicion Laboral: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado		9. Ubicación Administrativa (Sede Rectoral/ Instituto Pedagógico):	
10. Dependencia de Adscripción:			11. Cargo:		12. Telfono/ Extension:

DATOS DEL(LA) BENEFICIARIO(A)

13. Nombres y Apellidos:		14. Cédula de Identidad::		15. Parentesco con el (la) Trabajador(a) Afiliado(a):	
16. Posee otra Póliza de HCM: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		17. Nombre de la Compañía Aseguradora:			18. Número de la Póliza:

DATOS DE LA CLINICA O CENTRO ASISTENCIAL

19. Nombre de la Clínica/ Centro Asistencial:			20. Teléfonos:		
21. Dirección:			22. Motivo del Siniestro: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Ambulatorio		
23. Fecha del Siniestro:	24. Monto Total del Siniestro:		25. Monto Reconocido por Cobertura de HCM:		26. Monto de Exceso según Factura:
27. Diagnóstico:					

Bajo fe de juramento, declaro que los datos que suministrados son correctos y exactos y autorizo la investigación de estas declaraciones.		28. Trabajador(a)/ beneficiario(a) Firma Cédula de Identidad:	
---	--	---	--

SOLO PARA SER LLENADO POR LA UNIDAD DE RELACIONES LABORALES

29. Está incluido en el Registro de Afiliación: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	30. Número del Registro:		31. Distribucion Porcentual según Tabla:			
32. Monto en Bolívars Fuertes de la Contingencia Médica:		33. Monto en letras de la Contingencia Médica:				
34. Observaciones:			35. Imputación Presupuestaria			36. Dirección General de Personal/ Unidad de Personal/ Unidad de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral Social
			Proyecto	Acción específica	Código Producto	
Firma y Sello						

INSTRUCCIONES DE LLENADO

Instrucciones: Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01** Anote el número del correlativo correspondiente.
- 02** Anote la fecha de llenado de la solicitud.

DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

- 03** Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 04** Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 05** Escriba la dirección de habitación.
- 06** Anote el número de teléfono donde pueda ser localizado correspondiente a Habitación, Oficina, o Celular.
- 07** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente, Administrativo, Obrero.
- 08** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la condición laboral del (la) trabajador(a): Activo(a), Jubilado(a).
- 09** Escriba la ubicación administrativa: Sede o Instituto, según el caso.
- 10** Escriba el nombre de la Dependencia de Adscripción.
- 11** Escriba la denominación del cargo que ocupa.
- 12** Anote el número de teléfono y/o Extensión.

DATOS DEL (LA) BENEFICIARIO(A)

- 13** Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 14** Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 15** Escriba el vínculo o parentesco que el beneficiario tiene con el (la) trabajador(a) afiliado(a).
- 16** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si posee como titular es beneficiario(a) de otra póliza de seguro.
- 17** Escriba el nombre de la Compañía Aseguradora, en caso de ser afirmativa la opción anterior.
- 18** Anote el número correspondiente a la Póliza de Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad.

DATOS DE LA CLINICA O CENTRO ASISTENCIAL

- 19 Escriba el nombre completo de la Clínica o Centro Asistencial donde fue atendido, según el caso.
- 20 Anote el (los) número(s) de teléfono de la Institución de Salud.
- 21 Escriba la dirección de ubicación exacta de la Clínica o Centro Asistencial (especificando ciudad, estado).
- 22 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente a la opción motivo del siniestro que origina la solicitud (enfermedad, accidente, maternidad, ambulatorio).
- 23 Anote la fecha de ocurrencia del siniestro (Día, Mes y Año).
- 24 Anote el monto total del siniestro en bolívares fuertes (Bs. F).
- 25 Anote el monto reconocido por cobertura del Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad en bolívares fuertes (Bs. F).
- 26 Anote el monto del exceso según factura expedidas.
- 27 Escriba brevemente, el diagnóstico presentado por el médico tratante.
- 28 Registre la firma del (la) trabajador(a) que solicita el beneficio y anote el número de la cédula de identidad.

SOLO PARA SER LLENADO POR LA UNIDAD DE RELACIONES LABORALES

- 29 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si el (la) trabajador(a) se encuentra inscrito en el registro de afiliación.
- 30 Anote el número de registro correspondiente a la afiliación del (la) trabajador(a).
- 31 Anote la distribución porcentual (%) correspondiente según lo establecido en la tabla.
- 32 Anote el monto de la contingencia médica en bolívares fuertes (Bs. F).
- 33 Anote el monto de la contingencia médica en letras
- 34 Escriba las observaciones que considere necesarias para complementar la información registrada.
- 35 Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:
 - Nivel: Proyecto/ Acción Centralizada
 - Acción Específica
 - Código Producto
- 36 Registre la firma del (la) Analista Responsable de procesar la solicitud y el sello de la Dependencia.