MP-000019 MEDICINA PREPAGADA, S.A. J-507414817

Solicitud de la DENUNCIA

Unidad del Defensor del Afiliado

☐ **Denuncia** ☐ **Reclamo** ☐ **Queja** ☐ **Asesoria**

Datos de la empresa

Nombre:	Fecha:

Datos del Denunciante

Cedula/Rif:	Teléfono:	Correo electrónico:	Sexo: M F
Dirección:			

N° Contrato	Vigencia del Contrato		N° de Reclamo
	Desde:	Hasta:	

Datos de la Denuncia, Reclamo, Queja o Asesoría

Fecha del Evento:

Tipo de reclamo: ☐ Salud

Declaración y Narración de Hechos

Quien hace la denuncia: **Tomador** ☐ **Afiliado** ☐ **Beneficiario** ☐

Yo, _____DECLARO BAJO FE DE JRAMENTO, que la información suministrada e esta notificación es exacta y autorizo a Urosalud Medicina Prepagada S.A. a Solicitar cualquier otra información que estime conveniente.

Gratuidad del Trámite: La recepción, atención y trámite de las denuncias, reclamos o quejas, son estrictamente gratuitas, sin que se pueda solicitar contraprestación alguna por tal concepto.

_____
Firma del Tomador / Afiliado / Beneficiario

_____
Firma del Defensor del Afiliado

Huella dactilar
Pulgar derecho