

Tipo de Póliza:

Individual Colectivo Global

Datos del Intermediario

Código:	Nombres y Apellidos:	Telf. de Contacto:	Correo Electrónico:
---------	----------------------	--------------------	---------------------

Datos del Titular / Beneficiario

Contratante:

Asegurado	C.I. Nro.	Nombres y Apellidos	Teléfono / Celular	Correo Electrónico
Titular				
Beneficiario				

Datos de Solicitud de Carta Aval	Datos de Solicitud de Reembolso:
----------------------------------	----------------------------------

Clínica en donde recibirá el Tratamiento:	Monto a Reclamar:
Monto del Presupuesto:	Diagnóstico:

Documentos a consignar para el Trámite de Carta Aval	Documentos a consignar para el Trámite de Reembolso:
--	--

<input type="checkbox"/> Copia Ampliada de la Cédula de Identidad del Titular o Beneficiario <input type="checkbox"/> Presupuesto <input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Urografías <input type="checkbox"/> Citologías	<input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios <input type="checkbox"/> Tomografías <input type="checkbox"/> Biopsias <input type="checkbox"/> Ecosonogramas <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Otro:	Obligatorios: <input type="checkbox"/> Copia Ampliada de la Cédula de Identidad del Titular o Beneficiario <input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Facturas Originales Resultados de Estudios: <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios <input type="checkbox"/> Otro: Fármacos: <input type="checkbox"/> Récipes <input type="checkbox"/> Indicaciones Orientación Médica Telefónica <input type="checkbox"/> Facturas Originales <input type="checkbox"/> Copia Cédula Titular <input type="checkbox"/> Resultados de Estudio <input type="checkbox"/> Cód. Llamada:
---	--	--

Carta Aval /Reembolso: Para los Casos de Reconsideración y Complementario indique el Nro. de Siniestro.

Reconsideración por: Gastos no Cubiertos Rechazo 2da. opinión médica (Solo Carta Aval)
 Siniestro Complementario Entrega de Recaudos Otros:

Siniestro Nro.:

Observaciones:

Datos de la Domiciliación del Pago

(Estos datos sólo deben ser llenados en caso de no estar Domiciliado o para la Actualización de Datos)

Declaro que los datos de la Cuenta Bancaria corresponden al titular de la Póliza indicado en esta planilla

Banco	Tipo de Cuenta	Código de Cuenta Cliente			
		Banco	Oficina	CD	Nro. de Cuenta
	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro				
Ciudad:	Sucursal y/o Agencia:				

Datos del Asegurado: Declaro que las informaciones y documentos suministrados al Asegurador, son verdaderas, completas y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada, siempre que los gastos ocasionados estén cubiertos por la Póliza, en caso de que proceda el reembolso y sea efectuado el pago, Mercantil Seguros, C.A. quedará hasta por el monto indemnizado liberado de la obligación a su cargo, otorgándole el Finiquito de Ley.

Autorizo a los médicos y al instituto de hospitalización a proporcionar sin reservas la información solicitada en esta planilla, así como cualquier información adicional que el Asegurador estime conveniente solicitar. Asimismo doy fe que las actividades económicas desarrolladas por mi corresponden a una fuente lícita.

Fecha: _____

Firma del Asegurado

Sólo para Uso Interno

Constancia de Recepción REDOC	Constancia de Recepción Carta Aval / Reembolso
-------------------------------	--