

Datos de la Póliza		
Contratante:	Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	Nro. de Póliza:
Nombre del Titular:	Cédula de Identidad:	
Nro. Celular del Titular:	E-mail del Titular:	
Nombre del Beneficiario:	Cédula de Identidad:	
Nro. Celular del Beneficiario:	E-mail del Beneficiario:	
Diagnóstico:	Maternidad: <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Aborto	

Datos de Solicitud de Carta Aval	
Monto del Presupuesto:	Clínica en donde recibirá el Tratamiento:

Documentos Recibidos Carta Aval:

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Informe Médico | <input type="checkbox"/> Presupuesto | <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios | <input type="checkbox"/> Ecosonogramas | <input type="checkbox"/> Radiografías |
| <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética | <input type="checkbox"/> Urografías | <input type="checkbox"/> Tomografías | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Citologías | <input type="checkbox"/> Biopsias | <input type="checkbox"/> Otro: | |

Datos de la Solicitud de Reembolsos	
Monto a Reclamar:	<input type="checkbox"/> Siniestro Complementario <input type="checkbox"/> Reconsideración por Gastos No Cubiertos <input type="checkbox"/> Reconsideración por Rechazo Para los Casos Complementario o Reconsideración indique el Nro. de Siniestro:

Documentos Recibidos Reembolsos:

Obligatorios	Resultados de Estudios	Imágenes
<input type="checkbox"/> Informe Médico	<input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios	<input type="checkbox"/> Ecosonogramas <input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Facturas Originales	<input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Biopsias	<input type="checkbox"/> Resonancia Magnética <input type="checkbox"/> Urografías
Fármacos:	<input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Tomografías
<input type="checkbox"/> Récepis <input type="checkbox"/> Indicaciones	<input type="checkbox"/> Citologías <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:

Observaciones:

Datos de la Domiciliación del Pago
(Estos datos solo 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 arriba indicada, en caso de que la información esté incompleta se procederá a realizar el pago a través de Cheque.

Banco	Tipo de Cuenta	Código de Cuenta Cliente			
<input type="checkbox"/> Mercantil	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> De Ahorros	Banco	Oficina	CD	Nro. de Cuenta
<input type="checkbox"/> Otro: Nombre:	<input type="checkbox"/> Otra:				
Ciudad		Sucursal y/o Agencia			

Declaraciones del Asegurado:

Declaro que las informaciones y documentos suministrados a el 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