

## SOLICITUD

☐ CARTA AVAL ☐ REEMBOLSO

Denominación Social del Contratante:	Póliza Nro.:
Nombre del Titular:	Cédula de Identidad/R.I.F:
Correo Electrónico:	N° de Teléfono:
Nombres del Asegurado afectado:	Cédula de Identidad/R.I.F:

### LLENAR EN CASO DE CARTA AVAL

Carta Aval para uso del:	<input type="checkbox"/> Asegurado Titular	<input type="checkbox"/> Beneficiario	
Institución Hospitalaria:	Teléfonos:		
Dirección:			
Monto del Presupuesto	N° de Presupuesto:	Fecha de Presupuesto:	Monto Aprobado:

### RECAUDOS A CONSIGNAR

#### DOCUMENTOS REMITIR (Original y Fotocopia). Marque con una "X" los documentos anexos

CARTA AVAL	REEMBOLSO
<input type="checkbox"/> Fotocopia de la C. I. del Asegurado Titular	<input type="checkbox"/> Fotocopia de la C. I. del Asegurado Titular
<input type="checkbox"/> Fotocopia de la C.I. del Beneficiario	<input type="checkbox"/> Fotocopia de la C.I. del Beneficiario
<input type="checkbox"/> Informe Médico con Diagnostico y Procedimiento	<input type="checkbox"/> Facturas de farmacias, honorarios médicos u otros (Deben ser facturas contables, debidamente canceladas con identificación del R.I.F. , sin enmiendas ni correcciones, con el sello húmedo del Especialista y ticket de caja registradora)
<input type="checkbox"/> Presupuesto Clínica	<input type="checkbox"/> Resultados de exámenes de Laboratorio
<input type="checkbox"/> Exámenes practicados	<input type="checkbox"/> Informe radiológico, ecosonograma y/o pruebas especiales
	<input type="checkbox"/> Récipes médicos/orden de exámenes

Observaciones:

### AUTORIZACIÓN

Quién suscribe, declara: En mi carácter de titular de la póliza antes indicada, que autorizo a **La Internacional de Seguros, S.A.**, a realizar el pago de la presente reclamación por medio de depósito a mi cuenta indicada a continuación:

Banco: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Nro. Cta.: \_\_\_\_\_

De igual modo, certifico que los datos antes indicados son correctos, por la cual queda **La Internacional de Seguros, S.A.**, exonerada de cualquier responsabilidad en caso de cualquier error u omisión en el llenado del presente documento de parte de quien suscribe. Asimismo, acepto expresamente que **La Internacional de Seguros, S.A.**, solo será responsable de la indemnización hasta por la cantidad que estipulan las facturas presentadas, y solo por la (s) causa (s) manifestadas en la presente solicitud, quedando relevada dicha empresa aseguradora de toda responsabilidad por cualquier otro hecho de distinta naturaleza a la mencionada en el informe médico presentado con sus respectivos soportes. Manifiesto expresamente que, en el supuesto de que se demostrara que la información por mi suministrada en este o cualquier otro tiempo, resultara falsa, o hubiese omitido algún dato que altere la naturaleza del evento y las características de los servicios médicos objeto de la indemnización, **La Internacional de Seguros, S.A.** podrá ejercer todas las acciones que fueran precedentes, a fin de resarcir por los daños y prejuicios que tales circunstancias le hubiese ocasionado. De igual manera, subrogo a **La Internacional de Seguros, S.A.** todos los derechos y acciones que pudieran corresponderme ante terceros, con ocasión del presente servicio.

Firma del Titular

Recibido por

Fecha