

Datos del Centro de Negocio

Centro de Negocios

Fecha

DATOS TITULAR/BENEFICIARIO

Contratante

N° Póliza

| Asegurado | Nombres y Apellidos | C.I./Pasaporte | Teléfono/Celular | Correo Electrónico |
|--------------|---------------------|----------------|------------------|--------------------|
| Titular | | | | |
| Beneficiario | | | | |

LLENAR EN CASO DE CARTA AVAL

CARTA AVAL PARA USO DEL: ☐ ASEGURADO TITULAR ☐ BENEFICIARIO

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Nombre

Teléfonos

Dirección

DATOS DEL EVENTO

Tipo

☐ Intervención Quirúrgica ☐ Hospitalización ☐ Tratamiento

Fecha de Realización

Médico Tratante

Diagnóstico

Recaudos a consignar para el trámite de Carta Aval:

- ☐ Fotocopia Cédula Identidad Asegurado Titular
- ☐ Fotocopia Cédula Identidad Beneficiario (en caso de ser el que utilizará la Carta Aval)
- ☐ Informe Médico
- ☐ Presupuesto Clínica
- ☐ Exámenes practicados

Recaudos a consignar para el trámite de Reembolsos:

- ☐ Fotocopia Cédula Identidad Asegurado Titular
- ☐ Fotocopia Cédula Identidad Beneficiario (en caso de ser el que origina el reclamo)
- ☐ Informe Médico
- ☐ Exámenes practicados y Resultados
- ☐ Récipes e Indicaciones
- ☐ Facturas originales

Seguros Universitas, C.A., se reserva el derecho de solicitar nuevamente los documentos originales en cualquier momento del proceso de Solicitud de Reembolso o Carta Aval.

DATOS BANCARIOS PARA DOMICILIACIÓN DE PAGO A TITULARES

Autorizo a Seguros Universitas, C.A. a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria, abajo especificada, y me ajusto a las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras.

| Banco | N° de Cuenta | Cuenta |
|-------|--------------|--------|
| | | |

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que la información suministrada en esta Notificación es exacta y autorizo a los médicos, instituciones hospitalarias y/o autoridades competentes según sea el caso, a proporcionar sin reservas la información solicitada por Seguros Universitas, C.A; así como cualquier otra información adicional que la empresa de Seguros estime conveniente solicitar.

Nombre y Apellido / C.I. o Rif.

Firma del Solicitante

Huella Dactilar