

**DATOS DE LA POLIZA**

Contratante:	Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	Nº de Póliza:
Nombre del Titular:	Cédula de Identidad:	
Nº Celular / Titular:	E-mail / Titular:	
Nombre del Beneficiario:	Cédula de Identidad:	
Nº Celular / Beneficiario	E-mail / Beneficiario:	
Diagnóstico:	Maternidad: <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Cesárea: <input type="checkbox"/> Aborto: <input type="checkbox"/>	

**DATOS DE SOLICITUD DE CARTA AVAL**

Monto del Presupuesto:	Clínica en donde recibirá el Tratamiento:
------------------------	---

**DOCUMENTOS RECIBIDOS CARTA AVAL**

- ☐ Informe Médico
 ☐ Presupuesto
 ☐ Exámenes de Laboratorios
 ☐ Ecosonogramas
 ☐ Radiografías  
☐ Resonancia Magnética
 ☐ Urografías
 ☐ Tomografías
 ☐ Quimioterapia
 ☐ Radioterapia  
☐ Rehabilitación
 ☐ Citologías
 ☐ Biopsias
 ☐ 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 Nº de Siniestro:			

**DOCUMENTOS RECIBIDOS REEMBOLSOS**

Obligatorios	Resultados de Estudios	Imágenes
<input type="checkbox"/> Informe Médico	<input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios <input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Ecosonogramas <input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Facturas Originales	<input type="checkbox"/> Biopsias <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Resonancia Magnética <input type="checkbox"/> Urografías
<b>Fármacos:</b> <input type="checkbox"/> Récipes <input type="checkbox"/> Indicaciones	<input type="checkbox"/> Citologías <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Tomografías <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	Nº de la Cuenta											
<input type="checkbox"/> Mercantil <input type="checkbox"/> Otro Nombre del Banco	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Otra:	<b>Banco</b>	<b>Oficina</b>	<b>CD</b>	<b>Nº de Cuenta</b>								
<b>Ciudad</b>		<b>Sucursal y/o Agencia</b>											

**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 mí corresponden a una fuente lícita.

<b>Fecha:</b>	<b>Firma del Asegurado</b>
---------------	----------------------------

**Este documento debe ir acompañado de Original y Copia de los recaudos que avalan tal solicitud.**