

Tipo de Póliza:

☐ Individual ☐ Colectivo ☐ Global

Nro. de Póliza:

Solicitud: ☐ Carta Aval ☐ Reembolso

Importante: Esta Planilla se debe acompañar de un Original y una (1) copia de los recaudos a consignar según el trámite. Elabore una Planilla por cada Patología que presente.

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:			Documentos a consignar para el Trámite de Reembolso	
Documentos a consignar para el Trámite de Carta Aval			Obligatorios:	Fármacos:
☐ Presupuesto ☐ Tomografías ☐ Informe Médico ☐ Biopsias ☐ Resonancia Magnética ☐ Ecosonogramas ☐ Rehabilitación ☐ Quimioterapia ☐ Urografías ☐ Radiografías ☐ Citologías ☐ Radioterapia ☐ Exámenes de Laboratorios ☐ Otro:			☐ Informe Médico ☐ Facturas Originales Resultados de Estudios: ☐ Exámenes de Laboratorios ☐ Citologías ☐ Biopsias ☐ Otro:	☐ Récipes ☐ Indicaciones Imágenes: ☐ Ecosonogramas ☐ Resonancia Magnética ☐ Tomografías ☐ Radiografías ☐ Urografías ☐ Otro:
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						
	☐ Corriente	☐ Ahorro	Banco	Oficina	CD	Nro. de Cuenta			
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