



ADMINISTRADORA DE RIESGOS S.A.

PARSALUD

RIF J-30399272-2

Solicitud de Reembolso y Carta Aval

Datos de la solicitud		
Apellido y Nombre del Titular:	Cédula de Identidad:	
Apellido y Nombre del Beneficiario y/o Paciente:	Cedula de Identidad:	Parentesco:
Diagnostico o tratamiento:	Monto total de Facturas:	
Motivo de la Solicitud		
Carta Aval	()	Reembolso
()	()	Recaudo
()	()	()

Nro. Celular _____ Correo electrónico: _____

RECAUDOS

CARTA AVAL

- Informe(s) Médico(s) Amplio y Detallado indicando Diagnóstico o Intervención quirúrgica a realizar.
- Presupuesto de Clínica afiliada.
- Examen(es) Practicados que confirmen el Diagnóstico de la enfermedad (si el caso lo amerita).
- Asistir a 2das. Evaluaciones Médicas, de ser necesario y según la patología...

REEMBOLSO

- Informe(s) Médico(s) Amplio y Detallado indicando Diagnóstico.
- Factura(s) Original(es) y/o Recibo(s) del Centro Asistencial y de los Honorarios médicos con sello.
- Factura(s) Original(es) de Farmacia con su Ticket de Caja de las Medicinas Indicadas.
- Facturas(s) Original(es) de Examen(es) Practicado(s) conjuntamente con los Resultados.
- Récepes e Indicaciones del tratamiento.
- Carta narrativa en caso de accidente, indicando fecha, lugar y causa.
- Finiquito Original y Factura(s) Original(es) en caso de diferencia no indemnizada por otra compañía de seguros.
- Otros, que la compañía aseguradora considere necesario.

NOTA IMPORTANTE:

- 1.- Es necesario llenar una planilla por cada beneficiario y presentar los casos por separados de acuerdo a los diferentes diagnósticos.
- 2.- Se agradecerá lo más detallado y legible posible (NO OMITIR DATOS).
- 3.- Favor adjuntar facturas originales y una Copia correspondientes al caso.

LA ADMINISTRADORA

Firma del Asegurado

Administradora de Riesgos PARSALUD, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el número 3

Calle 3-B, Edif. Murrieta, Urb. La Urbina, Caracas 1070-A, Venezuela Teléfono: +(58)(212) 204-5111 (Master)

www.parsalud.com