

Datos del Intermediario				
Nombres y Apellidos:		Telf. de Contacto:		Correo Electrónico:
Datos del Titular / Beneficiario				
Asegurado	C.I./ R.U.C Nro.	Nombres y Apellidos		Teléfono / Celular
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:			Diagnóstico:	
Documentos a consignar para el Trámite de Carta Aval			Documentos a consignar para el Trámite de Reembolso:	
☐ Copia Ampliada de la Cédula / R.U.C del Titular o Beneficiario ☐ Presupuesto ☐ Informe Médico ☐ Resonancia Magnética ☐ Rehabilitación ☐ Urografías ☐ Citologías			☐ Exámenes de Laboratorios ☐ Tomografías ☐ Biopsias ☐ Ecosonogramas ☐ Quimioterapia ☐ Radiografías ☐ Radioterapia ☐ Otro:	
			Obligatorios: ☐ Copia Ampliada de la Cédula / R.U.C del Titular o Beneficiario ☐ Informe Médico ☐ Facturas Originales	
			Resultados de Estudios: ☐ Exámenes de Laboratorios ☐ Otro:	
			Fármacos: ☐ Récipes ☐ Indicaciones	
Carta Aval /Reembolso: Para los Casos de Reconsideración y Complementario indique el Nro. de Siniestro.				Siniestro Nro.:
☐ Reconsideración por: ☐ Gastos no Cubiertos ☐ Rechazo ☐ 2da. opinión médica (Solo Carta Aval)				
☐ Siniestro Complementario ☐ Entrega de Recaudos ☐ Otros:				
Observaciones:				
Datos de la Domiciliación del Pago para recibir transferencia ACH				
(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	Ruta / Tránsito
Provincia:			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 y Reaseguros, 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