|  |  |
| --- | --- |
|  | **Carta Aval** |
|  | **Reembolso** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del Centro de Negocio** | |
| **Centro de Negocios** | **Fecha** |

|  |
| --- |
| Datos Titular/Beneficiario |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contratante** | | | | **Nº 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** | **Nº 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** |