|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | **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** |