

Datos de la Póliza		
Contratante:	Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	Nro. de Póliza:
Nombre del Titular:	Cédula de Identidad:	
Nro. Celular del Titular:	E-mail del Titular:	
Nombre del Beneficiario:	Cédula de Identidad:	
Nro. Celular del Beneficiario:	E-mail del Beneficiario:	
Diagnóstico:	Maternidad: <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Aborto	

Datos de Solicitud de Carta Aval	
Monto del Presupuesto:	Clínica en donde recibirá el Tratamiento:

Documentos Recibidos Carta Aval:

<input type="checkbox"/> Informe Médico	<input type="checkbox"/> Presupuesto	<input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios	<input type="checkbox"/> Ecosonogramas	<input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Resonancia Magnética	<input type="checkbox"/> Urografías	<input type="checkbox"/> Tomografías	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Citologías	<input type="checkbox"/> Biopsias	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Datos de la Solicitud de Reembolso	
Monto a Reclamar:	<input type="checkbox"/> Siniestro Complementario <input type="checkbox"/> Reconsideración por Gastos No Cubiertos <input type="checkbox"/> Reconsideración por Rechazo Para los Casos Complementario o Reconsideración Indique Nro. de Siniestro:

Documentos Recibidos Reembolsos:

Obligatorio:	Resultados de Estudios:	Imágenes:
<input type="checkbox"/> Informe Médico	<input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios	<input type="checkbox"/> Ecosonogramas <input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Facturas Originales	<input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Biopsias	<input type="checkbox"/> Resonancia Magnética <input type="checkbox"/> Urografías
Fármacos:	<input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Tomografías
<input type="checkbox"/> Récipes <input type="checkbox"/> Indicaciones	<input type="checkbox"/> Citologías <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Observaciones:

Datos de la Domiciliación de 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 arriba indicada, en caso de que la información esté incompleta se procederá a realizar el pago a través de Cheque.

Banco	Tipo de Cuenta	Código de Cuenta Cliente			
<input type="checkbox"/> Mercantil	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	Banco	Oficina	CD	Nro. de Cuenta
<input type="checkbox"/> Otro: Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Otra: _____				
Ciudad			Sucursal y/o Agencia		

Declaración del Asegurado:

Declaro que las informaciones y documentos suministrados a El 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

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO TRAMITACIÓN DE SINIESTROS DE RECLAMOS HCM

Solicitud: <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/> Carta Aval	Marque con una "X" si la solicitud es para Reembolsos o Carta Aval
Datos de la Póliza	
Contratante:	Coloque el nombre del Contratante de la Póliza: Individual / Colectivo
Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	Marque con una "X" si el Tipo de Póliza es Individual o Colectiva
Nro. de Póliza:	Coloque el Número de la Póliza
Nombre del Titular:	Coloque el Nombre del Titular de la Póliza en referencia
Cédula de Identidad:	Coloque el Número de la Cédula de Identidad del Titular de la Póliza
Nro. Celular del Titular:	Coloque el Número del Celular del Titular de la Póliza
E-mail del Titular:	Coloque el E-mail del Titular de la Póliza
Nombre del Beneficiario:	Coloque el Nombre del Beneficiario Afectado de la Póliza
Cédula de Identidad:	Coloque el Número de la Cédula de Identidad del Beneficiario Afectado de la Póliza
Nro. Celular del Beneficiario:	Coloque el Número de Celular del Beneficiario Afectado de la Póliza
E-mail / Beneficiario:	Coloque el E-mail del Beneficiario Afectado de la Póliza
Maternidad: <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Aborto	Para el caso de Carta Aval marque con una "X" si es Parto, Cesárea o Aborto
Datos de Solicitud de Carta Aval	
Monto del Presupuesto:	Coloque el Monto del Presupuesto de la Carta Aval
Clínica en donde recibirá el Tratamiento:	Coloque el Nombre de la Clínica donde se recibirá el tratamiento
Documentos Recibidos Carta Aval:	
<input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Tomografías <input type="checkbox"/> Presupuesto <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Ecosonogramas <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Citologías <input type="checkbox"/> Resonancia Magnética <input type="checkbox"/> Biopsias <input type="checkbox"/> Urografías <input type="checkbox"/> Otro	Para los casos de Carta Aval, marque con una "X" los documentos consignados con la solicitud
Datos de la Solicitud de Reembolso	
Monto a Reclamar:	Para los casos de Reembolsos ingrese el monto total de los gastos incurridos con el siniestro
<input type="checkbox"/> Siniestro Complementario:	Marque con una "X" si el siniestro es complemento de otro siniestro
<input type="checkbox"/> Reconsideración por Gastos No Cubiertos:	Marque con una "X" si la Solicitud de Reembolsos es para reconsiderar sobre Gastos No Cubiertos en otro Siniestro
<input type="checkbox"/> Reconsideración por Rechazo:	Marque con una "X" si la Solicitud de Reembolsos es para reconsiderar sobre un Siniestro Rechazado
Para los Casos Complementario o Reconsideración indique el Nro. de Siniestro:	Coloque el Número de Siniestro, si es Siniestro Complementario o una Reconsideración
Documentos Recibidos Reembolsos:	
Obligatorios: <input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Facturas Originales	Para los casos de Reembolsos, marque con una x los documentos obligatorios consignados con la solicitud
Fármacos: <input type="checkbox"/> Récipes <input type="checkbox"/> Indicaciones	Para los casos de Reembolsos, marque con una x los documentos obligatorios consignados con la solicitud
Resultados de Estudios: <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Biopsias <input type="checkbox"/> Citologías <input type="checkbox"/> Otro	Para los casos de Reembolsos, marque con una x los Resultados de Estudios consignados con la solicitud
Imágenes: <input type="checkbox"/> Ecosonogramas <input type="checkbox"/> Urografías <input type="checkbox"/> Radiografías <input type="checkbox"/> Tomografías <input type="checkbox"/> Resonancia, Magnética <input type="checkbox"/> Otro	Para los casos de Reembolsos, marque con una x las Imágenes consignadas con la solicitud
Observaciones:	Coloque información que considere de importancia
Datos de la Domiciliación del Pago (Estos datos solo deben ser llenados en caso de no estar Domiciliado o para la Actualización de Datos)	
Banco: <input type="checkbox"/> Mercantil <input type="checkbox"/> Otro (Nombre del Banco):	Marque con una "X" el Banco al cual desea asociar el pago del Reembolso. En caso de que el Banco no sea Mercantil, marque con una "X" otro banco y escriba en el espacio en blanco el Nombre del Banco.
Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros	Marque con una "X" el Tipo de Cuenta a la cual desea asociar la Domiciliación de Pago
Nro. de la Cuenta: Banco, Oficina, CD, Nro. de Cuenta	Coloque el Número de Cuenta a la cual desea asociar la Domiciliación de Pago (20 dígitos)
Ciudad:	Coloque la Ciudad de la Agencia asociada a la Cuenta Bancaria
Sucursal y/o Agencia:	Coloque el nombre de la Sucursal y/o Agencia asociada a la Cuenta Bancaria
Fecha:	Coloque la Fecha de la Solicitud de Reembolsos o Carta Aval
Firma del Asegurado:	Firme la Solicitud de Reembolsos o Carta Aval