

SOLICITUD DE REEMBOLSOS / CARTAS AVALES

CODIGO: FO-SPE-11	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PAGINA: 1 / 2	

☐ REEMBOLSO ☐ CARTA AVAL

DATOS DE LA POLIZA

(Nombre y Apellido y/o Razón Social) Tomador:		(Tipo de Póliza) ☐ Individual ☐ Colectivo	(Número) Póliza:
(Nombre y Apellido) Titular:		(Cédula de Identidad del Asegurado) C.I.:	(Dirección de correo electrónico del Asegurado) e-mail:
(Nombre y Apellido) Beneficiario:		(Cédula de Identidad del Beneficiario) C.I.:	(Dirección de correo electrónico del Beneficiario) e-mail:
(Números del Titular) Teléfono: Cel.:		(Números del Beneficiario) Teléfono: Cel:	
Diagnóstico:			Maternidad: ☐ Parto ☐ Cesárea ☐ Aborto

DATOS DE LA SOLICITUD DE CARTA AVAL

(En Bolívars) Monto de Presupuesto:	(Clínica o Centro de Salud) Recibirá tratamiento en:
Documentos consignados:	
☐ Informe Médico ☐ Resonancia Magnética ☐ Rehabilitación	☐ Presupuesto ☐ Urografías ☐ Citologías
☐ Ex. de Laboratorio ☐ Tomografías ☐ Biopsias	☐ Ecosonogramas ☐ Quimioterapia ☐ Otro: _____
☐ Radiografías ☐ Radioterapia	

Observaciones:

DATOS DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO

(En Bolívars) Monto:	☐ Siniestro Complementario ☐ Reconsideración por Gastos no cubiertos ☐ Reconsideración por Rechazo Para los casos Complementarios o Reconsideración Indique Nro. de Siniestro:
Documentos consignados:	
Obligatorios: ☐ Informe Médico ☐ Facturas Originales Fármacos: ☐ Récipes ☐ Indicaciones	Resultados de Estudios: ☐ Exámenes de Laboratorio ☐ Radioterapia ☐ Biopsias ☐ Rehabilitación ☐ Quimioterapias ☐ Citologías ☐ Otro: _____
Imágenes ☐ Ecosonogramas ☐ Resonancia Magnética ☐ Tomografías ☐ Otro: _____	
☐ Radiografías ☐ Urografías	

Observaciones:

(Sólo llenar en caso de no estar Domiciliado o para la Actualización de Datos)

DATOS DE LA DOMICILIACIÓN DE PAGO

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									
	☐ Corriente ☐ Ahorros ☐ Otra: _____	Banco	Oficina	CD	Nro. de Cuenta						
Ciudad		Sucursal y/o Agencia									

Declaración del Asegurado:

Declaro que las informaciones y documentos suministrados son verdaderos, completos y servirán de base para el cálculo de la indemnización aquí solicitada, siempre que los gastos ocasionados estén amparados por la Póliza. En caso de que proceda el reembolso y sea efectuado el pago, Seguros Caroní, S.A. quedarán hasta por el monto indemnizado liberado de la obligación a su cargo, otorgándole el Finiquito de Ley.

Autorizo a los Médicos, Clínicas o Centros de Salud a proporcionar sin reservas la información solicitada en este formulario, así como cualquier información adicional que el Asegurador estime conveniente solicitar. Así mismo, por medio de este documento declaro que las actividades económicas desarrollas por mi persona y el dinero empleado en el pago del siniestro arriba señalado, provienen de una fuente lícita, por tanto no tienen relación alguna con Dineros, Capitales, Bienes, Haberes, Valores o Títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere el artículo 4 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Fecha y Firma del Asegurado

Recibido por:

Fecha: ____/____/____ Sello:

**Adjuntar Original y Copia de los recaudos que avalan la solicitud
RECAUDOS PARA TRAMITACIÓN DE REEMBOLSOS**

Consignar la siguiente documentación:

- Formulario de Solicitud de Reembolsos / Cartas Avals FO-SPE- 11, lleno
- Fotocopia de la cédula de identidad del titular y beneficiario
- Informe Médico (especificar el diagnóstico inicial, tratamiento aplicado y diagnóstico de egreso, en formato impreso del Consultorio o del Médico, indicando el N° de M.S.A.S y el N° de C.M, firma y sello del médico), con explicación amplia y detallada.
- Recibo por conceptos de Honorarios Médicos, desglosados por cada consulta (Estos deben mostrar la firma y sello del médico tratante), con sello de cancelado, numeradas y con su respectivo numero de RIF
- Resultados de estudios y/o exámenes realizados en original, acompañados por una orden médica e informe de los resultados.
- Facturas de gastos clínicos o farmacéuticos (Sin enmiendas ni tachaduras), con sello de cancelado, numeradas y con su respectivo numero de RIF
- Récipes médicos e indicaciones, en originales.
- En caso de ser diferencia no cubierta por otro seguro debe consignar factura y finiquito con el sello de cancelado.
- La empresa se reserva el derecho de solicitar cualquier otra documentación que considere necesaria, en atención a las condiciones descritas en el condicionado general y particular de HCM individual o colectivo, según el caso.

En cuanto a las facturas y soportes del Siniestro de hospitalización o atención ambulatoria en clínicas, para su análisis y liquidación deberán estar respaldados por:

- Informe Médico emitido por el Médico Especialista tratante e Informe Médico por los interconsultantes.
- Desglose de honorarios profesionales.
- Desglose de medicinas y soluciones.
- Desglose del material médico quirúrgico.
- Desglose del material descartable.
- Resultados de exámenes de laboratorio.
- Resultados de: Rx, Mamografías, Tomografías, Holter, Ecosonografías y cualquier otro examen o estudio especial que le realicen al asegurado. Los mismos no deberán poseer enmiendas en ninguna de sus partes.

RECAUDOS PARA TRAMITACIÓN DE CARTAS AVALES

Consignar la siguiente documentación:

- Formulario de Solicitud de Reembolsos / Cartas Avals FO-SPE-11, lleno
- Informe Médico detallado en el que debe indicarse diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, estado del paciente y tratamiento aplicable.
- Presupuesto en original vigente, emitido por Clínica sugerida, incluyendo los gastos por honorarios médicos.
- Resultados de exámenes para-clínicos que corroboren la patología en original ejemplo:
Plan Qx: Para Cesárea: informe ecosonográfico y/o laboratorios (orina, HCG)
Plan Qx: Para fracturas: estudios radiológicos
- Resultados de exámenes y/o estudios médicos previos a la intervención.
- Copia de la Cédula de Identidad del Asegurado titular y/o Beneficiario. Para ser otorgada en un lapso no mayor de cuarenta y ocho (48) horas.

Si el ingreso del paciente al Centro Clínico u Hospitalario por Carta Aval o Reembolso, es a consecuencia directa de un accidente, el asegurado debe consignar los siguientes recaudos, adicionales a los arriba descritos:

- Informe amplio y detallado del accidente ocurrido (Especificaciones de las circunstancias de tiempo, lugar y modo que rodearon al mismo).
- Denuncia de la CICPC y Declaración de Siniestro (Para los casos de heridas por armas blancas o armas de fuego).
- Actuación de las autoridades de Tránsito Terrestre (Siniestro Automovilístico).