



SOLICITUD

CARTA AVAL

REEMBOLSO

Denominación Social del Contratante:		Póliza N°:	
Nombre del Titular:		Cédula de Identidad/R.I.F.:	
Correo Electrónico:		N° de Teléfono:	
Nombres del Asegurado afectado:		Cédula de Identidad/R.I.F.:	

LLENAR EN CASO DE CARTA AVAL

Carta Aval para uso del:	Asegurado Titular	Beneficiario	
Institución Hospitalaria:		Teléfonos:	
Dirección:			
Monto del Presupuesto:	N° de Presupuesto:	Fecha de Presupuesto:	Monto Aprobado:

DOCUMENTOS REMITIR (Original y Fotocopia). Marque con una "X" los documentos anexos

CARTA AVAL	REEMBOLSO
Fotocopia de la C. I. del Asegurado Titular	Fotocopia de la C. I. del Asegurado Titular
Fotocopia de la C.I. del Beneficiario	Fotocopia de la C.I. del Beneficiario
Informe Médico con Diagnostico y Procedimiento	Informe Médico con Diagnostico y Procedimiento
Presupuesto Clínica	Facturas de farmacias, honorarios médicos u otros (Deben ser facturas contables, debidamente canceladas con identificación del R.I.F. , sin enmiendas ni correcciones, con el sello húmedo del Especialista y ticket de caja registradora)
Exámenes practicados	Resultados de exámenes de Laboratorio
	Informe radiológico, ecosonograma y/o pruebas especiales
	Récipes médicos/orden de exámenes

Observaciones:

AUTORIZACIÓN

Quién suscribe, declara: En mi carácter de titular de la póliza antes indicada, que autorizo a **La Internacional de Seguros, S.A.**, a realizar el pago de la presente reclamación por medio de depósito a mi cuenta indicada a continuación:
 Banco: _____ Tipo: _____ Nro. Cta.: _____
 De igual modo, certifico que los datos antes indicados son correctos, por la cual queda **La Internacional de Seguros, S.A.**, exonerada de cualquier responsabilidad en caso de cualquier error u omisión en el llenado del presente documento de parte de quien suscribe. Asimismo, acepto expresamente que **La Internacional de Seguros, S.A.**, solo será responsable de la indemnización hasta por la cantidad que estipulan las facturas presentadas, y solo por la (s) causa (s) manifestadas en la presente solicitud, quedando relevada dicha empresa aseguradora de toda responsabilidad por cualquier otro hecho de distinta naturaleza a la mencionada en el informe médico presentado con sus respectivos soportes. Manifiesto expresamente que, en el supuesto de que se demostrara que la información por mi suministrada en este o cualquier otro tiempo, resultara falsa, o hubiese omitido algún dato que altere la naturaleza del evento y las características de los servicios médicos objeto de la indemnización, **La Internacional de Seguros, S.A.** podrá ejercer todas las acciones que fueran precedentes, a fin de resarcir por los daños y perjuicios que tales circunstancias le hubiese ocasionado. De igual manera, subrogo a **La Internacional de Seguros, S.A.** todos los derechos y acciones que pudieran corresponderme ante terceros, con ocasión del presente servicio.

Firma del Titular

Recibido por

Fecha