

Tipo de Reembolso:	
<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Complementario

Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	Cobertura <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional	Póliza N°:	Fecha: / /
Nombre(s) y Apellido(s) del Titular:		Teléfono habitación/ celular:	Cédula de Identidad:

Correo Electrónico:			
Nombre(s) y Apellido(s) del Beneficiario:		Teléfono habitación/ celular:	Cédula de Identidad:

Correo Electrónico:			
Parentesco:		Tratamiento Practicado:	

Médico Tratante:	Teléfono(s) Consultorio/ Celular:
------------------	-----------------------------------

Se solicita el Reembolso de:	(Contiene o acompaña, favor marcar):
1. <input type="checkbox"/> Facturas de Médico. 2. <input type="checkbox"/> Facturas de Examen. 3. <input type="checkbox"/> Facturas de Farmacia.	a) <input type="checkbox"/> Informe Médico. b) <input type="checkbox"/> Orden médica para tal examen. (Indicando la razón y nombre). c) <input type="checkbox"/> Récipe Médico.

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL COVID -19			
Tuvo COVID	Fecha Covid	Tipo de atención	Viajes al exterior últimos 15 días
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Terapia I. <input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procedencia:

AUTORIZACIÓN
<p>“Dando cumplimiento a las normativas vigentes, certifico que las informaciones suministradas en este formulario a la compañía y las facturas adjuntas son verídicas, exactas y originales. Asimismo autorizo sin reserva alguna a todos los médicos, personas afines e instituciones hospitalarias involucradas en esta reclamación, a suministrar a Banesco Seguros, C.A. toda la información que le solicitare con relación a este caso incluyendo copias exactas de sus archivos.”</p>

Nombre del Titular	Firma del Titular	Huella Dactilar del Dedo Pulgar Derecho del Asegurado Titular	Fecha: / /
--------------------	-------------------	------------------------------------------------------------------	---------------

AUTORIZACIÓN PARA DOMICILIACIÓN DE PAGO DE REEMBOLSOS
-------------------------------------------------------

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad, Nro. \_\_\_\_\_, titular de la póliza Nro. \_\_\_\_\_, autorizo plenamente a Banesco Seguros, C.A., para que proceda a realizar el abono correspondiente a los gastos indemnizados, en la cuenta  Ahorro  Corriente, N° \_\_\_\_\_ que mantengo en el Banco \_\_\_\_\_.

De igual manera me comprometo a suministrar los soportes correspondientes si la cuenta bancaria suministrada es de otro Banco diferente a Banesco Banco Universal.

Nombre del Titular:	Firma del Titular:
---------------------	--------------------



## PLANILLA SOLICITUD DE REEMBOLSO

### PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE BANESCO SEGUROS

Requiere cita médica:  Sí  No

Observaciones de Recaudos:

#### Documentos Requeridos:

- Informe amplio y detallado indicando el diagnóstico de la enfermedad, tipo de intervención o tratamiento practicado.
- Resultado de los exámenes médicos realizados originales: exámenes de laboratorio, radiología tac, resonancia magnética, (placas e informe).
- Ecosonograma (informe y fotos) u otros exámenes que corroboró en el diagnóstico (si ha requerido de ellos.)
- Facturas originales con número de R.I.F. número preimpreso, sello de cancelación, firma de la administración del centro hospitalario y comprobante de pago.
- Facturas de medico ambulatorio (consultas medicas) y factura de los exámenes realizados original, enumerado con número de R.I.F. y sello de cancelación.
- Factura de farmacia con ticket de caja y con récipes médicos.
- Carta narrativa de cómo sucedieron los hechos en caso de accidente y actuación de las autoridades competentes que intervinieron en el caso.
- Resultado de la biometría de refracción en caso de queratomileusis y/o queratoplastia.
- Fotocopia de cedula identidad del Titular y Familiar que usó el servicio.
- Carta Aval (en caso de solicitar reembolso por gastos pre-operatorios).

#### Nota:

Las intervenciones a continuación señaladas, serán sometidas a la Segunda Opinión Medica:

- Cirugía de la nariz.
- Cirugía de mama.
- Cirugía a nivel del abdomen.
- Cirugía ginecológica.
- Cirugía oftalmológica.

Si los gastos ocasionados fuesen en el exterior del país, las facturas deberán venir selladas por el Consulado Venezolano de ese país.

Si ha tramitado el siniestro con otra compañía de seguros deberá notificarlo oportunamente, una vez cancelado por la otra compañía, deben presentar la factura original con sello húmedo indicando el monto cancelado y copia del recibo de finiquito de la indemnización.

Anexar los documentos requeridos completos al "formulario de Solicitud de Reembolso" en original y dos copias (juegos completos) y entregarlos en Centro Empresarial Galipan, Torre Banesco Seguros, nivel Miranda, Sucursal Galipan.