Gobierno **Bolivariano** de Venezuela | Ministerio del Poder Popular de **Economía y Finanzas**

Pueblo Victorioso

Bolivariana DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Un compromiso social

Solicitud de Reembolso y Carta Aval

Fecha:_____/_____/_____

Contratante		**Nº de Contrato**
Afiliado Titular		**Cedula de identidad**
Afiliado Familiar	**Parentesco**	**Cedula de identidad**

Datos Complementarios del afiliado titular		
Código de empleado	**Area de dependencia**	**Teléfono de ubicación**

Tipo de solicitud	
☐ Carta Aval	☐ Reembolso

Recaudos consignados	Datos del siniestro
Salud	Fecha de ocurrencia del siniestro
☐ Planilla de declaración de siniestro ☐ Informe médico ☐ Récipe y/o indicaciones médicas ☐ Presupuesto ☐ Facturas originales por medicinas ☐ Facturas originales por honorarios médicos ☐ Facturas originales por exámenes de laboratorio y/o estudios ☐ Orden para estudios médicos ☐ Resultado de exámenes de laboratorio y/o estudios ☐ Resultados de Rayos X, Tac, Ecosonograma, Resonancia magnética ☐ Informe de exámenes y/o estudios realizados ☐ Otros:_____	Diagnostico médico Total Facturado Gastos no amparados Deducible Monto indemnizado

Autorizo sin reserva al medico que me haya atendido y a la institución hospitalaria, a proporcionar a Bolivariana de Seguros y Reaseguros, S.A. la información que arriba se especifica, o cualquier otra que solicite dicha aseguradora relacionada a este reclamo.

_____
Firma del afiliado titular

_____/_____/_____
Fecha de recepción
Bolivariana de Seguros y Reaseguros; S.A.

Intermediario:_____