

Fecha de Solicitud:	Identificación del Intermediario:		
Cartas Avaes para:			
Contratante:			<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo
Número de Póliza:			
Nombre del Titular:			Cédula de Identidad:
Nombre del Beneficiario:			Cédula de Identidad:
Diagnóstico:			
Monto Reclamado:			<input type="checkbox"/> Bs. <input type="checkbox"/> US\$
Proveedor de Servicio o Clínica en donde Recibirá Tratamiento:			
Intervención Quirúrgica:			
Tratamiento Médico para Quimioterapia o Radioterapia:			
Rehabilitación:			
Maternidad:			<input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Cesárea

Documentos Anexos

Informe(s) Médico(s)	
-----------------------------	--

Presupuesto de la Clínica:				
Estudio(s) de Imagen(es):	<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> Ecosonografía	<input type="checkbox"/> Tomografía	<input type="checkbox"/> Resonancia Magnética
Otros Estudios:				

Esta documentación debe ir acompañada de Original y dos (2) juegos de copias.