



**Pirámide**  
SEGUROS

SOLICITUD  
DE CARTA AVAL

*Te lo hacemos fácil*

Carta N°	Fecha de Solicitud	Póliza N°	Contratante
----------	--------------------	-----------	-------------

SOLO PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO DE LA PÓLIZA

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA</b>			
Nombre del Asegurado Titular		Cédula de Identidad	
Nombre del Asegurado Afectado		Cédula de Identidad	
Edad	Parentesco con el Asegurado Titular		

**DATOS DE LA CLÍNICA**

Nombre			
Localidad	Monto del Presupuesto	N° de Presupuesto	Fecha del Presupuesto

RECAUDOS ENTREGADOS

Fotocopia de la C.I. del Asegurado Titular y del Asegurado Afectado.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Se sugiere dos (2) presupuestos vigentes emitidos por la clínica afiliada pertenecientes a nuestra red (original) a nombre de Seguros Pirámide.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Informe médico amplio y detallado emitido por el médico tratante que indique diagnóstico definitivo, causa y tratamiento sugerido (original y copia).	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Resultado de todos los exámenes y estudios practicados que determinen la patología (original y copia).	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Otros:		

**PRODUCTOR**

Nombre	
Código	Teléfonos

PARA COMPLETAR EL ANÁLISIS DE SERVICIO ES POSIBLE QUE SEA NECESARIO ALGÚN OTRO REQUISITO, EN TAL CASO, FAVOR INDICARNOS A QUIEN PODEMOS AVISARLE:

Nombre	Teléfonos
--------	-----------

QUIEN SUSCRIBE DECLARA: EN MI CARÁCTER DE BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD SUPRA IDENTIFICADA, CERTIFICO LA VERACIDAD DE LOS DATOS Y DIAGNÓSTICOS DESCRITOS EN EL INFORME MÉDICO PRESENTADO A ESA ASEGURADORA, PUES LOS MISMOS SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE SUSTENTADOS EN LOS DOCUMENTOS JUSTIFICADOS QUE ANEXO A LA PRESENTE. ASIMISMO, ACEPTO EXPRESAMENTE QUE SEGUROS PIRÁMIDE C.A. SOLO SERÁ RESPONSABLE DE LA INDEMNIZACIÓN HASTA POR LA CANTIDAD QUE ESTIPULA LA CARTA AVAL CORRESPONDIENTE, Y SOLO POR LA (S) CAUSA (S) MANIFESTADA (S) EN LA PRESENTE SOLICITUD Y QUE CONSTAN EN EL PRESUPUESTO QUE ACOMPAÑO A LA PRESENTE, QUEDANDO RELEVADA DICHA EMPRESA ASEGURADORA DE TODA RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER OTRO HECHO O CONSECUENCIA DE DISTINTA NATURALEZA A LA MENCIONADA EN EL INFORME ANTES CITADO. MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE, EN EL SUPUESTO DE QUE SE DEMOSTRARE QUE LA INFORMACIÓN POR MI SUMINISTRADA EN ESTE O EN CUALQUIER OTRO TIEMPO, RESULTARE FALSA, O HUBIERE SIDO OMITIDO ALGÚN (OS) DATO (S) QUE ALTEREN LA NATURALEZA DEL EVENTO AMPARADO POR LA CARTA AVAL Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS OBJETO DE LA INDEMNIZACIÓN, SEGUROS PIRÁMIDE C.A. PODRÁ EJERCER TODAS LAS ACCIONES QUE FUEREN PRECEDENTES, A FIN DE RESARCIR POR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE TALES CIRCUNSTANCIAS LE HUBIERE OCASIONADO.

Firma del Asegurado Titular	Firma del Asegurado Afectado
-----------------------------	------------------------------

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA BAJO EL N° SAA-1-1-11936-2014 EL 6 DE ENERO 2014.

**Seguros Pirámide, C.A.**  
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad  
Aseguradora bajo el No. 80. Capital Suscrito y Pagado  
Bs. 140.000.000,00. RIF J-00106474-5.

[segurospiramide.com](http://segurospiramide.com)