

SOLICITUD DE CARTA AVAL

CARTA No. _____ FECHA SOLICITUD: ____/____/____ No. DE POLIZA _____
CONTRATANTE: _____

SOLO PARA SER LLENADO POR EL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA

NOMBRE DEL TITULAR: _____

No. CEDULA: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

No. CEDULA: _____ EDAD: _____ PARENTESCO _____

DATOS DE LA CLINICA

NOMBRE: _____ LOCALIDAD: _____

MONTO DEL PRESUPUESTO: _____ NO. DE PRESUPUESTO: _____

FECHA DEL PRESUPUESTO: ____/____/____

RECAUDOS ENTREGADOS

- FOTOCOPIA DE LA C.I. DEL TITULAR Y DEL BENEFICIARIO
- SE SUGIERE DOS (2) PRESUPUESTO VIGENTE EMITIDO POR CLÍNICAS PERTENECIENTES A NUESTRA RED (ORIGINAL) A NOMBRE DE SEGUROS PIRAMIDE SI ☐ NO ☐
- INFORME MÉDICO AMPLIO Y DETALLADO EMITIDO POR EL MEDICO TRATANTE QUE INDIQUE DIAGNOSTICO DEFINITIVO, CAUSA Y TRATAMIENTO SUGERIDO (ORIG). SI ☐ NO ☐
- RESULTADOS DE TODOS LOS EXÁMENES Y ESTUDIOS PRACTICADOS QUE DETERMINEN LA PATOLOGÍA (ORIG.). SI ☐ NO ☐

OTROS: _____

PRODUCTOR

NOMBRE: _____ CODIGO: _____

TELEFONOS: _____

NOTA: PARA COMPLEMENTAR EL ANALISIS DE SERVICIO ES POSIBLE QUE SEA NECESARIO ALGUN OTRO REQUISITO, EN TAL CASO, FAVOR INDICARNOS A QUIEN PODEMOS AVISARLE:

NOMBRE: _____ TELEFONOS: _____

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 Medico 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 Pirámides 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 alteraren la naturaleza del evento amparado por la Carta Aval y las características de los servicios médicos objeto de la indemnización, Seguros Pirámides 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. De igual manera, subrogo en Seguros Pirámides C.A. todos los derechos y acciones que pudieren corresponderme ante terceros, con ocasión del presente servicio.

FIRMA DEL TITULAR

FIRMA DEL BENEFICIARIO

OFICINA PRINCIPAL Av. Tamanaco, Edif. Impres P.B. Urb. El Rosal .Caracas. Municipio Chacao. Estado Miranda.

Teléfono: (0212) 952-07-33 952-04-24 Master

Fax: (0212) 953-36-44 www.segurospiramide.com