



RRHH-BIENESTAR SOCIAL

REQUISITOS TRAMITAR LA CARTA AVAL
EN LA PÓLIZA HCM DE SEGUROS PREMIER
0-800-PREMIER (0-800-773.6437)

Favor organizar en **03 juegos** y grapar según el orden abajo indicado.
(01 juego de Originales, 02 juego de Copias y 01 copia adicional de la Planilla del Seguro)

Original y 3 copias	Planilla de Solicitud de Carta Aval de Seguros Premier.
Original y 1 copia	Informe Médico detallado y vigente de la lesión o enfermedad
Original y 1 copia	Presupuesto vigente
Original y 1 copia	Exámenes complementarios (Informes de placas, exámenes de lab, Ecos, Otros)

Fecha de la Solicitud		
		2008

Solicitud de Carta Aval



Datos Generales			
Tipo de Póliza:		Apellidos y Nombres o Razón Social del Tomador:	
<input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Colectivo		LA NUEVA TELEVISION DEL SUR (T.V.SUR) C.A.	
Apellidos y Nombres del Titular (*)		Cédula de Identidad N°	Apellidos y Nombres Beneficiario:
			Cédula de Id entidad N°
		Parentesco:	
Proveedor del Servicio o Clínica donde Recibirá Tratamiento:			
Diagnóstico:			
Tipo de Intervención:			
Médico (s) Tratante (s):			
Monto Presupuestado por la Clínica (en letra y número):		Monto Presupuestado por el Proveedor (en letra y número):	
(Bs.)		(Bs.)	
Documentos Anexos			
<input type="checkbox"/> Informe Médico	<input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> Ecosonografía
<input type="checkbox"/> Tomografía	<input type="checkbox"/> Resonancia Magnética	<input type="checkbox"/> Estudio de Imagen	<input type="checkbox"/> Cateterismo
<input type="checkbox"/> Mamografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sólo para Uso Interno	
Solicitud de Carta Aval	Causa de Rechazo
<input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Rechazada	

Observaciones y Comentarios
(*) Del TITULAR: Telf. (Ofic. y Cel):
Ubicación Adm.: