

## REQUISITOS TRAMITAR EL PAGO DEL SINIESTRO POR REEMBOLSO

EN LA PÓLIZA HCM DE SEGUROS PREMIER 0-800-PREMIER (0-800-773.6437)

RRHH-BIENESTAR SOCIAL

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

Original y 2 copias Planilla de Solicitud de Reembolso de Seguros Premier

Original y 1 copia Informe Médico detallado y vigente de la lesión o enfermedad

Original y 1 copia Récipe de medicamentos, vigente

Original y 1 copia Resultado de exámenes practicados (Solo se esta tramitando su reembolso)

Original y 1 copia Facturas vigentes, ordenadas por fecha de expedición

## **IMPORTANTE:**

No anexar facturas con fecha mayor a 20 días continuos de su elaboración.

Fecha	e la Solicitud
citie	2008

## Solicitud de Reembolso



				D	atos de	Titular		Laurence Committee Co	
Tipo de Póliza:		Apel	llidos y	Nombres	o Razó	n Social del Tomado	or:		
Individual □ Cole	ctiva 🛚	l a	Nue	eva Te	levisi	òn del Sur (T	V.SUR	CA	
Apellidos y Nombre			7100	774 70		Cédula de Identidad		, OII 11	
Sexo: Fecha de nacimi			iento Edad		d: I	Dirección de Habitad			
F M M				interest in	41171	Telf (Ofic. y Cel):	F 100 HAZ		
Ubicaciòn Adm.									
		W Section		Dato	s del Be	eneficiario			
Apellidos:			Nombres:			Parentesco con el Asegurado (a) Titular:			
Cédula de Identidad	'PN E	Fecha d	e Nac	cimiento	Edad:	Dirección de Habit	tación:		
V D E D									
V									
Estado:				Ciudad				Zona Postal:	
Taléfana		Toláfona	Calul			Dirección de Corr	an Electrón	nion:	
Teléfono: Teléfono			Celui	ar.		Dirección de Correo Electrónico:			
					us.	Section and the section			
			T	Descripc	ión de l	a Reclamación			
Descripción del Rec	clamo:								
Diagnóstico Médico	de la En	fermedad	l o Pato	ología:		Cap. Street			
Monto Reclamado	(en núme	eros y	Mon	to Reclan	nado (en	número y letras):			
letra):	STATE OF		200		0.5			The same of the sa	
¿Siniestro complem	nentario?		¿Sin	iestro Nu	evo?		Reconside	ración?	
	Si 🗆	No			□ Si	□ No		□ Si □ No	
					100				
	(si se ti	rata de un	exam			s Anexos médico tratante e Ir	stitución de	e Salud)	
1	(0, 00 t.		- Ontaini						
				-					

Seguros Premier, C.A., Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el Número 101, RIF No. J - 00322761-7, NIT No. 0254055603. Capital Suscrito y Pagado Bs. 2.900.000.000,00. Av. Francisco de Miranda, Torre Cavendes, Piso 16, Caracas – Venezuela, Teléfono: 0800-PREMIER (7736437), www.premierseguros.com

	es Practicados	1	M ( 11 .	
Tipo de Examen	JI WILLIAM SH	Institución	Medico	Especialista
		-		
selon.	Infl. sols(2)			
Solvent Mr. Personal	HOSEP IS SENSITIVE Y	Malatan Malatan		
34 behilder at skills		160 (17)	est public	
Factu	ras Originales	otraimisen at arts	PH P	Oxel
Nombre de la Institución que emite la factura	Nº de Factura	Concepto	Fecha	Monto
		•		
cin sine	- Afath assist		_	
pur shapped by two attendances	The special contract of the second			
Committee the Leafillation of the Committee of the Commit	DELTA ANIELISMA	M. otherinal	10.00	
	_			
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporc	era y libre de cualq ionar a "Seguros P	uier omisión o fals remier C.A" cualqu	a declaraci ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporc plicite con relación a este reclamo.	ionar a "Seguros P	uier omisión o fals remier C.A" cualqu	a declaraci ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporc plicite con relación a este reclamo.	ionar a "Seguros P	uier omisión o fals remier C.A" cualqu	a declaraci ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporcolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes	ionar a "Seguros P	uier omisión o fals remier C.A" cualqu	a declaraci ier dato adi	ón. Autorizo
estitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporciolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes  Firma del A	ionar a "Seguros P de _2008_	uier omisión o fals remier C.A" cualqu	a declaraci ier dato adi	ón. Autorizo
Sólo pa	de <u>2008</u> Asegurado	uier omisión o fals remier C.A" cualqu Causa de Rec	ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporciolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes  Firma del A  Sólo pa	de 2008  Asegurado	remier C.A" cualqu	ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporcolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes  Firma del A  Sólo pa	de 2008  Asegurado	remier C.A" cualqu	ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporciolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes  Firma del A  Sólo pa  Solicitud de Reembolso  □ Aprobada □ Rechazada	de 2008  Asegurado	remier C.A" cualqu	ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporciolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes  Firma del A  Sólo pa	de 2008  Asegurado	remier C.A" cualqu	ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporcolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes  Firma del A  Sólo pa  Solicitud de Reembolso  □ Aprobada □ Rechazada	de 2008  Asegurado	remier C.A" cualqu	ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporcolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes  Firma del A  Sólo pa  Solicitud de Reembolso  □ Aprobada □ Rechazada	de 2008  Asegurado	remier C.A" cualqu	ier dato adi	ón. Autorizo
stitución de Salud y a los médicos tratantes, a proporcolicite con relación a este reclamo.  n a los días del Mes  Firma del A  Sólo pa  Solicitud de Reembolso  □ Aprobada □ Rechazada	de 2008  Asegurado	remier C.A" cualqu	ier dato adi	ón. Autori