



RRHH-BIENESTAR SOCIAL

**REQUISITOS TRAMITAR EL PAGO DEL SINIESTRO POR REEMBOLSO**  
**EN LA PÓLIZA HCM DE SEGUROS PREMIER**  
**0-800-PREMIER (0-800-773.6437)**

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 de la Solicitud		
		2008

# Solicitud de Reembolso



Datos del Titular			
Tipo de Póliza:		Apellidos y Nombres o Razón Social del Tomador:	
Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input checked="" type="checkbox"/>		<b>La Nueva Televisión del Sur (T.V.SUR), C.A.</b>	
Apellidos y Nombres del Titular:		Cédula de Identidad N°:	
Sexo:	Fecha de nacimiento	Edad:	Dirección de Habitación:
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			<b>Telf (Ofic. y Cel):</b>

Ubicación Adm.:

Datos del Beneficiario					
Apellidos:		Nombres:		Parentesco con el Asegurado (a) Titular:	
Cédula de Identidad N°:	Fecha de Nacimiento	Edad:	Dirección de Habitación:		
V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>					
Estado:		Ciudad:		Zona Postal:	
Teléfono: ( )		Teléfono Celular: ( )		Dirección de Correo Electrónico:	

Descripción de la Reclamación		
Descripción del Reclamo:		
Diagnóstico Médico de la Enfermedad o Patología:		
Monto Reclamado (en números y letra):		Monto Reclamado (en número y letras):
¿Sinistro complementario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Sinistro Nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		¿Reconsideración? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Documentos Anexos	
(si se trata de un examen médico indicar médico tratante e Institución de Salud)	

**Exámenes Practicados**

Tipo de Examen	Institución	Médico Especialista

**Facturas Originales**

Nombre de la Institución que emite la factura	Nº de Factura	Concepto	Fecha	Monto

Declaro que la información aquí suministrada es verdadera y libre de cualquier omisión o falsa declaración. Autorizo a la Institución de Salud y a los médicos tratantes, a proporcionar a "Seguros Premier C.A" cualquier dato adicional que ésta solicite con relación a este reclamo.

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del Mes \_\_\_\_\_ de 2008

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

**Sólo para Uso Interno**

Solicitud de Reembolso  <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Rechazada	Causa de Rechazo

Monto a Reembolsar (Bs.)