SOLICITUD DE REEMBOLSO

FECHA SOLICITUD: _____/_____/_____ No. DE POLIZA _____

CONTRATANTE: _____

SOLO PARA SER LLENADO POR EL BENEFICIARIO DE LA PÒLIZA

NOMBRE DEL TITULAR: _____

No. CEDULA: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

No. CEDULA: _____ EDAD:_____ PARENTESCO _____

RECAUDOS ENTREGADOS

- FOTOCOPIA DE LA C.I. DEL TITULAR
- INFORME MÉDICO EMITIDO POR EL MEDICO TRATANTE QUE INDIQUE DIAGNOSTICO **(ORIGINAL Y COPIA)**
- FACTURAS DE MEDICINAS CON SU RECIPE MEDICO **(ORIGINAL Y COPIA)**
- RESULTADO **(SOLO INFORME)** DE LOS EXAMENES REALIZADOS (RX, RMN, LABORATORIOS, ECOS). **(ORIGINAL Y COPIA)**

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: _____

PRODUCTOR:_____TELEFONOS:_____

AUTORIZACIÒN:

Quien suscribe, declara: En mi carácter de Titular de la Poliza antes indicada, que autorizo a Seguros Piramide, C.A. a realizar el pago de la presente reclamación por medio de Depósito a mi cuenta bancaria indicada a continuación

BANCO_____TIPO DE CTA _____

NRO DE CTA _____(VERIFICAR QUE CONTENGA 20 DIGITOS)

De igual modo, certifico que los datos antes indicados son correctos, por lo cual queda Seguros Piràmide queda exonerada de cualquier responsabilidad en caso de cualquier error u omisiòn en el llenado del presente documento de parte de quien suscribe. Asimismo, acepto expresamente que Seguros Pirámides C.A. solo será responsable de la indemnización hasta por la cantidad que estipulan las Facturas presentadas, y solo por la (s) causa (s) manifestada (s) en la presente solicitud, quedando relevada dicha empresa aseguradora de toda responsabilidad por cualquier otro hecho o consecuencia de distinta naturaleza a la mencionada en el informe médico presentado con suis respectivos soportes. 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 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