Seguros Pirámide C.A.
Capital Suscrito Bs. 40.000.000,00
Capital Pagado Bs. 40.000.000,00
Rif: J-00106474-5 Nit: 00010122155
Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el No. 80

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