



# Solicitud de Carta Aval

**Para ser llenado por el Beneficiario**

				CARTA N°	
				FECHA	
CONTRATANTE				N° DE PÓLIZA	
NOMBRE DEL TITULAR			V	CÉDULA DE IDENTIDAD	
			E		
NOMBRE DEL BENEFICIARIO		V	CÉDULA DE IDENTIDAD	EDAD	PARENTESCO
		E			
CLÍNICA	LOCALIDAD	MONTO DEL PRESUPUESTO		N° DEL PRESUPUESTO	
				FECHA DEL PRESUPUESTO	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE				ESPECIALIDAD	
DIAGNÓSTICO					
.....					
.....					
NOMBRE PRODUCTOR			CÓDIGO DEL PRODUCTOR	TELÉFONO	
<b>NOTA IMPORTANTE:</b> PARA COMPLETAR EL ANÁLISIS DE ESTE RECLAMO ES POSIBLE QUE SEA NECESARIO ALGÚN OTRO REQUISITO, EN TAL CASO, POR FAVOR INDÍQUENOS A QUIEN PODEMOS AVISARLE:					
<b>NOMBRE:</b>					
<b>TELÉFONO:</b>					

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 Médico presentado a esa aseguradora, pues los mismos se encuentran debidamente sustentados en los documentos justificativos que anexo a la presente. Asimismo, acepto expresamente que La Oriental de Seguros, C.A. sólo será responsable de la indemnización hasta por la cantidad que estipula la Carta-Aval correspondiente, y sólo por la (s) causa (s) manifestadas (s) en la presente solicitud y que constan del 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 mí suministrada en éste 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, La Oriental de Seguros, C.A. podrá ejercer todas las acciones que fueren procedentes, a fin de resarcirse por los daños y perjuicios que tales circunstancias le hubieren ocasionado. De igual manera, subrogo en La Oriental de Seguros todos los derechos y acciones que pudieren corresponderme ante terceros, con ocasión del presente siniestro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

# PARA USO EXCLUSIVO DE LA ORIENTAL DE SEGUROS, C.A.

Para ser llenado por el Analista

N° DE PÓLIZA		FECHA DE INCLUSIÓN 		DOCUMENTOS RECIBIDOS	
PLAZO DE ESPERA SUPERADO?	NO	ANEXOS	NO	INFORME MÉDICO AMPLIO	
	SI		SI	PRESUPUESTO(S) DE LA CLÍNICA	
NÚMERO DEL RECIBO	VIGENCIA	DESDE 	HASTA 	RADIOGRAFÍA(S)	
				ECOSONOGRAMA	
STATUS?	SINIESTROS ANTERIORES		NO	EXÁMENES DE LABORATORIO	
			SI	RESONANCIA MAGNÉTICA	
LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA	DEDUCIBLE	NO	MONTO	TOMOGRFÍA	
		SI		CARTA NARRATIVA DE LOS HECHOS	
LÍMITE MÁXIMO POR MATERNIDAD	MONTO AUTORIZADO			OTROS	
FINANCIAMIENTO	NO	NÚMERO TOTAL DE GIROS ( )	GIROS VENCIDOS ( ) MONTO Bs.		
	SI		GIROS POR VENCER ( ) MONTO Bs.		
ANALISTA		DIRECTOR MÉDICO		GERENTE	VICE-PRESIDENCIA