



**SEGUROS
VENEZUELA, C.A**
R.I.F.: J-00034036-6

**SOLICITUD DE CARTA
AVAL**

CARTA N°

FAVOR LLENAR EN MÁQUINA O LETRA DE MOLDE	FECHA / /	HORA:	A.M.
			P.M.

SOLO PARA SER LLENADO POR LA PARTE SOLICITANTE			
CONTRATANTE:			POLIZA N°
NOMBRE ASEGURADO TITULAR:			CEDULA DE IDENTIDAD V E
NOMBRE DEL DEPENDIENTE:	PARENTESCO:	EDAD:	CEDULA DE IDENTIDAD V E
NOMBRE DE LA CLINICA:	LOCALIDAD:	R.I.F N°	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	ESPECIALIDAD	R.I.F N°	
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL SOLICITANTE:			TELEFONOS:
DIAGNÓSTICO DEL INGRESO:			
			OTROS EXÁMENES:

SOLO PARA SER LLENADO POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
POLIZA N°	FECHA DE SUSCRIPCION / /		DOCUMENTOS REQUERIDOS
PLAN:	PLAZO DE ESPERA	TITULAR NO SI	DEPENDIENTE NO SI
RECIBO/ENDOSO	VIGENCIA: DESDE / /	HASTA / /	
STATUS:	FECHA DE INCLUSION	TITULAR / /	DEPENDIENTE / /
SINIESTROS ANTERIORES	RECIBO ANTERIOR		
LIMITE DE HABIT:	DEDUCIBLE BS.:	OBSERVACIONES:	
PARTO NORMAL: POR BS.	LIMITE MÁXIMO DE H.C.M.:		
CESÁREA POR BS.:	LIMITE MÁXIMO DE G.M.M.:		
PRESUPUESTO POR BS.:	PORCENTAJE DE REEMBOLSO:		
OTROS:			
PRODUCTOR:			

SOLICITANTE:	RECEPCION:	VERIFICADO POR:	RECIBIDO POR:
			Nombre: _____
			C.I. N° _____
FECHA - FIRMA			FECHA: / /