

**SOLICITUD DE CARTA AVAL
BANESCO SEGUROS**

FECHA SOLICITUD: ____/____/____

SOLO PARA SER LLENADO POR EL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA

NOMBRE DEL TITULAR: _____

No. CEDULA DE IDENTIDAD: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

No. CEDULA DE IDENTIDAD: _____ **EDAD:** _____ **PARENTESCO** _____

DATOS DE LA CLINICA

NOMBRE: _____ **LOCALIDAD:** _____

MONTO DEL PRESUPUESTO: _____ **NO. DE PRESUPUESTO:** _____

FECHA DEL PRESUPUESTO: ____/____/____

RECAUDOS ENTREGADOS

- PRESUPUESTO VIGENTE EMITIDO POR CLÍNICAS PERTENECIENTES A NUESTRA RED (ORIGINAL)
- INFORME MÉDICO AMPLIO Y DETALLADO EMITIDO POR EL MEDICO TRATANTE QUE INDIQUE DIAGNOSTICO DEFINITIVO, CAUSA Y TRATAMIENTO SUGERIDO (ORIG).
- RESULTADOS DE TODOS LOS EXÁMENES Y ESTUDIOS PRACTICADOS QUE DETERMINEN LA PATOLOGÍA (ORIG.).

☐☐☐

OTROS: _____

EN CASO DE SER NECESARIO ALGÚN OTRO RECAUDO Y REQUISITO, FAVOR INDICAR A QUIÉN SE PUEDE CONTACTAR

NOMBRE Y APELLIDO	TELEFONO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

--