

SOLICITUD CARTA AVAL

Señores
Gerencia de Reclamos

Denominación Social del Contratante			Póliza N°:
Apellidos y Nombres del Titular			Cédula de identidad/RIF
Apellidos y Nombres del Asegurado Afectado	Teléfono	Parentesco	Cédula de identidad/RIF
Correo Electrónico:			
<input type="checkbox"/>	Informe Médico (Indicando Diagnóstico y Tratamiento)		
<input type="checkbox"/>	Presupuesto a nombre de Seguros Miranda		
<input type="checkbox"/>	Copia de carnet o constancia de trabajo.		
<input type="checkbox"/>	Rif de clínica.		
<input type="checkbox"/>	Informe de Estudios que corroboren la Patología		
<input type="checkbox"/>	Solicitud del plan a realizar		
<input type="checkbox"/>	Certificación bancaria de clínica.		
DETALLES PRESUPUESTO			
Presupuesto N.º	Concepto	Monto Bs.	
Total Facturado			

BCO. NUMERO DE CUENTA:	OBSERVACIONES TIPO DE CUENTA:
---------------------------	----------------------------------

Firma del Asegurado

--