MEMO 18/03/2019

Sres. de BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

PRESENTE

Adjunto al presente se envía documentación del Sr./a. …………………………….…………………………., Nº CI …………………………., Nº Padrón ………………, (familiar del titular Nº Padrón ………., apellido y nombre SI CORRESPONDIERA) quien solicita el cobro del 50% del capital asegurado, por padecer una enfermedad terminal con esperanza de vida menor a 12 meses, en relación a la cobertura de ACLARAR EL CAPITAL ASEGURADO que cuenta a través del convenio que nos vincula.

La documentación consiste en:

-fotocopia CI de ambos lados

-nota firmada autorizando al BSE acceso a su historia clínica

-certificado del médico tratante con esperanza de vida menor a 12 meses

Quedando a la espera de la resultancia del presente trámite, le saluda atte.-

Lic. María Lorena Zas

Gerente de Administración

CHASSFOSE