

DATOS GENERALES			
Nombre del contratante			
DUI	NIT	N° de Póliza	N° de Certificado
Nombre del asegurado			
E-mail		Teléfono	Celular
Por este medio solicito, en mi calidad de Asegurado de ASSA Vida, S.A. Seguros de Personas, que los pagos con motivo de reembolso por reclamos amparados bajo mi póliza de seguro de:			
Gastos médicos de accidentes personales		Gastos médicos	
Se realicen mediante:			
Transferencia electrónica a cuenta		Boleta de pago (no requiere cuenta)	
En caso de transferencia. No. de cuenta del titular	Ahorro	Corriente	
Hago constar que me han sido explicadas satisfactoriamente las condiciones del pago de reclamos a través de transferencia electrónica, las cuales ratifico.			

Fecha (dd/mm/aaaa)

Firma

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN DE PAGO
<p>1) En caso de no poseer cuenta con BANCO AGRÍCOLA S.A. autorizo a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas a emitir el reembolso a través de la modalidad boleta de pago (El pago a través de la modalidad boleta de pago estará disponible para su retiro, a partir de la fecha de notificación, en la agencia del BANCO AGRÍCOLA, S.A. de su preferencia únicamente presentándose con su DUI).</p> <p>2) La cuenta bancaria que he autorizado para la consignación fue de mi libre elección, y en ella tengo la calidad de titular.</p> <p>3) Si ASSA Vida S.A., Seguros de Personas encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, aplicar su pago a través de la modalidad boleta de pago.</p> <p>4) Exonero a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas de toda responsabilidad por descuentos que puedan ser deducidos del reembolso pagado, derivado de saldos pendientes, servicios, comisiones entre otros; vinculados con la cuenta antes señalada y que sean independientes de la relación contractual que vincula a ASSA Vida S.A., Seguros de Personas.</p>