



ASEGURADORA
GENERAL

Solicitud de Pago de Reclamos por Acreditación ACH

Por este medio solicito la activación del pago de reclamos por reintegro de gastos médicos bajo mi póliza de seguros de Gastos Médicos o accidentes personales, , sean efectuados por medio de acreditación ACH, en base a la siguientes información:

NÚMERO DE POLIZA	
CERTIFICADO	
NOMBRE COMPLETO*	
FECHA DE NACIMIENTO *	
NÚMERO DE TELÉFONO*	
NOMBRE DEL BANCO*	
NÚMERO DE CUENTA*	
TIPO DE CUENTA *	
NOMBRE DE CUENTA*	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIÓN*	
NÚMERO DE DPI*	
FECHA DE SOLICITUD*	

Por este medio acepto y autorizo a Aseguradora General, S.A., para que el pago de los reclamos presentados y amparados según información de póliza y certificado que antecede, sean realizados por medio de acreditación a cuenta, y declaro que los pagos efectuados por este medio, al igual que los efectuados por cheque causal, constituyen para la Aseguradora, un completo, total y eficaz finiquito en relación al pago del reclamo por el cual se haga la transferencia , y sobre el cual se me notificará por medio del correo electrónico registrado en este formulario, incluyendo adicionalmente el detalle del reclamo y liquidación relizada. Queda entendido que cualquier cambio o actualización de los datos de acreditación proporcionados en este formulario, deberá ser oportunamente notificada a la Aseguradora , para el registro y actualización correspondiente.

Firma del Asegurado	
---------------------	--

Aseguradora General, S.A. - PBX 1757

- Campo obligatorio de completar