



Compañía de Seguros, S.A.

## Formulario de Pago por ACH

ASSA y su compromiso de servirle siempre mejor, le ofrece su servicio de reembolso de gastos médicos a través de transferencias electrónicas (ACH), garantizándole el pago de sus reclamos a su cuenta bancaria en 7 días.

Confirmando mi interés en recibir los pagos mediante el sistema de transferencia electrónica de fondos entre bancos ACH. Con este propósito, le proveo de los detalles del banco y número de cuenta en donde deseo recibir mis pagos.

### Datos Personales

Nombre \_\_\_\_\_

No. de Cédula \_\_\_\_\_

No. de Póliza \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Datos Bancarios

Nombre de la Cuenta \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

No. de Cuenta \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_