

Formulario de Reembolsos por ACH – Persona Natural

Al completar y firmar este formulario, yo como cliente de ASSA Compañía de Seguros (en adelante “La Compañía”), autorizo y confirmo expresamente que acepto recibir por medio del Sistema de Transferencia Electrónica de Fondos entre Bancos (ACH), todos los reembolsos de reclamos, devoluciones de saldos, otros pagos y desembolsos a mi favor, a partir de la fecha. Para este fin, a continuación proveo mis datos personales, detalles de la entidad bancaria y número de cuenta para los reembolsos.

Datos Personales

Nombre completo: _____ Cédula: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Datos Bancarios / Los datos bancarios deben corresponder al asegurado firmante

Cuenta **consolidada para reembolsos de reclamos y devoluciones de saldos a favor:**

Nombre de la cuenta: _____ Número de cuenta: _____

Banco: _____ Tipo de cuenta: _____

Si usted desea recibir los **reembolsos de reclamos de gastos médicos** en una cuenta exclusiva, diferente a la detallada en la sección anterior, favor completar los datos siguientes:

Nombre de la cuenta: _____ Número de cuenta: _____

Banco: _____ Tipo de cuenta: _____

*Nota: la cuenta detallada en esta sección aplica únicamente para reembolsos de gastos médicos.

Declaro y acepto que los datos proporcionados en este formulario son correctos y reales. Por lo cual, libero de cualquier responsabilidad, incluyendo las legales, judiciales y/o administrativas, directa o indirectamente, presente o futura a La Compañía, sus sucursales, filiales y/o entidad controladora, con respecto al presente formulario y la firma del asegurado.

De la misma manera, acepto que La Compañía, se reserve el derecho a:

- Devolver saldos a través del medio por el cual se cobró la prima.
- Pagar reclamos y devolver saldos a favor, por medio de cheque, como medio alternativo, previa comunicación al cliente.

Es responsabilidad del cliente, notificar de manera escrita a La Compañía, cualquier cambio en los datos proporcionados en este documento, para lo cual deberá completar un nuevo formulario.

El Firmante, entiende, acepta, reconoce y otorga su consentimiento expreso a ASSA Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico para que cuando sea necesario y requerido esta puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para los propósitos y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y servicios financieros, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, negociación y/o contratación de las Pólizas de Seguros, así como, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019.

Firma del asegurado / Dueño de la cuenta bancaria
(Igual que en la cédula)

Fecha

Este formulario debe ser entregado impreso y firmado en original