



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 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 _____