



## REEMBOLSO VIA TRANSFERENCIA – RIESGOS HUMANOS

### RECIBO-FINIQUITO PAGO ELECTRONICO

Yo \_\_\_\_\_ que me identifico con Documento Personal de Identificación –DPI– número \_\_\_\_\_, extendido en \_\_\_\_\_, por el Registro Nacional de las Personas –RENAP–, como asegurado (a) titular del contrato de seguro suscrito entre \_\_\_\_\_ y Seguros El Roble, Sociedad Anónima, con póliza \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ autorizo a la Entidad Aseguradora, para que cumplidas todas las condiciones exigidas por ley, el contrato de seguro y la propia Aseguradora se deposite en mi cuenta de depósitos \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ los reembolsos correspondientes a las reclamaciones de Gastos Médicos elegibles de acuerdo a póliza contratada.

Los depósitos acreditados a la cuenta antes descrita constituirán comprobante del pago efectuado con motivo de las reclamaciones presentadas ante Seguros El Roble, Sociedad Anónima e implica la aceptación de que la reclamación ha sido total y completamente pagada, por tal motivo, desde ya y sujeto a la condición que los reembolsos se realicen en los términos antes indicados, otorgo el más amplio, completo, total y eficaz finiquito, así como carta total de pago a Seguros El Roble, Sociedad Anónima por los reembolsos correspondientes a reclamaciones de gastos médicos que deposite en la cuenta bancaria antes indicada.

Y para constancia de Seguros El Roble, S.A., se extiende el presente documento, en la Ciudad de Guatemala, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO (A) TITULAR DEL CERTIFICADO