SEGUROS G&T

AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO VÍA TRANSFERENCIA DE RECLAMOS GASTOS MÉDICOS

Póliza: _____ _____ _____
Código | Número de Póliza | Número de Certificado

Contratante: _____
(Nombre de la empresa contratante si aplica)

Por este medio yo _____ quien me
Nombre completo
Identificó con número DPI/CUI _____ _____ de 45 años

de edad, _____ autorizo a Seguros Gyt, S.A. para que por medio
(Estado Civil)
de Transferencia electrónica, acredite los pagos por concepto de reembolso de reclamos de gastos médicos de la póliza arriba indicada en la que me encuentro asegurado (y/o mis dependientes si aplicara), por lo que proporcionó los siguientes datos:

Nombre del Banco: _____

Nombre de la cuenta*: _____

Número de cuenta*:

Tipo de cuenta:* (Marque con un X el tipo de cuenta)

Monetaria (Q.)		Ahorro (Q.)	

Dirección de correo electrónico: _____@gtc.com.gt

Me comprometo a notificar por escrito y oportunamente cualquier cambio en la información acá proporcionada, liberando a Seguros GYT, S. A. de cualquier responsabilidad en caso de no avisarlo.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado Titular:* _____

* La cuenta debe estar a nombre del asegurado titular de la póliza, se debe reportar tal cual el banco se la proporciona.
*No será responsabilidad de Seguros Gyt, S. A. si la cuenta proporcionada presenta algún problema administrativo, entendiendo que una vez realizada la transferencia, el pago del reclamo se considera como aceptado.
*Obligatorio firma de asegurado titular.
* Solamente se realizan transferencias hasta un monto máximo de Q. 10.000.00