



Blue Cross and Blue Shield of Panama

AUTORIZACIÓN REEMBOLSO DE RECLAMO AUTOMÁTICO - ASEGURADO

Completar a máquina o en letra imprenta por el contratante y/o asegurado principal de la póliza/certificado. No se aceptarán documentos con tachones ni borrones.

Por este medio autorizo/amos a **COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (IS)**, para que realice créditos a mi cuenta abajo indicada, y al **BANCO** cuyo nombre aparece debajo, para acreditar a la referida cuenta la suma que sea transferida según lo antes expuesto.

Nombre de la Persona Natural o Jurídica

Cédula o RUC

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____

Número de póliza

En caso de persona jurídica, nombre del que autoriza

_____ / _____

Nombre

Apellido

Nombre del banco

Tipo de cuenta

☐

Ahorro

☐

Corriente

Número de cuenta (no colocar guiones)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Confirmando que la cuenta enunciada se encuentra registrada a nuestro nombre y que el firmante tiene la autorización respectiva del contratante de la póliza y en el banco para autorizar que sea acreditada.

En consideración de este servicio convengo además que si cualquiera de tales órdenes de pago fuera desatendida por **EL BANCO**, sin causa o inadvertidamente, **LA EMPRESA** no tendrá responsabilidad alguna.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que:

1. **IS** reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma, firmada por la(s) persona(s) autorizada(s) para el manejo de la cuenta.
2. La cuenta sea cerrada.
3. La póliza o certificado sea cancelado.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Para uso de la Compañía de Seguros:

Firma Autorizada: _____ **Fecha:** _____