

Fecha:

\_\_\_\_\_

Autorizo a ASEGURADORA AGRICOLA COMERCIAL, S.A. Para realizar depósitos en mi cuenta bancaria en concepto de pagos de indemnizaciones

## SELECCIONE EL BANCO

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Davivienda            | <input type="radio"/> Banco Agrícola   | <input type="radio"/> Gente Sac       |
| <input type="radio"/> Scotiabank            | <input type="radio"/> Banco Industrial | <input type="radio"/> Banco Azul      |
| <input type="radio"/> Banco Cuscatlán       | <input type="radio"/> Citi El Salvador | <input type="radio"/> Banco Atlántida |
| <input type="radio"/> Banco América Central | <input type="radio"/> Promerica        |                                       |

## FAVOR SELECCIONAR

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Primera vez pago a través de transferencia | <input type="radio"/> Modificación de datos para transferencia |
|--|--|

NOMBRE DE LA CUENTA
NÚMERO DE LA CUENTA
TIPO DE CUENTA (ahorro o corriente)
TELÉFONO CELULAR
CORREO ELECTRONICO
NÚMERO DE DUI
NÚMERO DE NIT
PÓLIZA(S) A LAS QUE APLICA
NÚMERO DE CERTIFICADO

Nombre y Firma del Asegurado.

\_\_\_\_\_

**Nota:** La cuenta detallada debe ser únicamente del titular del seguro.