

FORMATO TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Por favor llenar el documento con letra clara, no se permiten tachones que alteren la información, utilizar lapiceros con tinta azul o negro y no utilizar corrector.

No se permiten pagos a terceros.

Fecha: _____

Yo _____ identificado con la cédula de identidad () Nacional, () DIMEX, () DIDI N° _____ en calidad de **Asegurado** () / **Beneficiario** () autorizo a ADISA para que efectúe el pago de las reclamaciones mediante la utilización del sistema de transferencia electrónica de fondos, según como detallo a continuación:

Cédula de identidad	
Entidad Financiera	
Moneda de la cuenta <i>marque con una equis (X)</i>	() ¢ colones () \$ dólares

Número de cuenta cliente: *(Favor completar un solo número por casilla y debe contener 17 dígitos únicamente)*

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

En caso que sea beneficiario de un fallecido por favor llenar esta información:

Nombre del Fallecido	
Cédula del Fallecido	

Hago constar que la información suministrada en el presente documento es correcta, y asumo responsabilidad por cualquier inconsistencia de la misma

Nota: En caso de realizar cambios en sus cuentas bancarias, debe informar de inmediato a la aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. de dichos cambios para que sus transacciones no se vean afectadas.

Firma: _____

Teléfono Fijo: _____

SELLO

Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____