



**HOJA DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

Por este medio autorizo a Seguros Crefisa S.A. de C.F. para que los pagos por reembolso sean realizados por medio de transferencias a mi cuenta bancaria. Para este fin facilito la información correspondiente a efectos de que dicha solicitud sea efectiva a partir de la fecha en que firmo la presente. Así mismo hago constatar que soy titular de la póliza y de la cuenta bancaria de la cual brindo información para autorizar

**I. DATOS GENERALES**

Nombre Completo:	
No. Identidad:	
No. Póliza:	
No. Certificado	
Correo electrónico	
No. Celular	
No. Teléfono	
Dirección del Asegurado	

**II. DATOS DE LA CUENTA BANCARIA**

Tipo de Cuenta	Ahorro <input type="checkbox"/>	Cheques <input type="checkbox"/>																																
Número Cuenta Bancaria	<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																	
Banco Emisor																																		

Queda entendido que se libera a Seguros Crefisa de C.F., de toda responsabilidad presente y futura por cualquier error en la información proporcionada y es mi deber como asegurado notificar cualquier cambio o modificación a mi cuenta.

Firmo la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado Titular