



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRIMA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: _____ Número de póliza: _____

Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Identificación No.: _____ Fecha de Nacimiento: dd / mm / aa

Dirección del Asegurado: _____

Ciudad Estado País Código postal

Ocupación: _____

INFORMACION BANCARIA DEL ASEGURADO

Nombre del Titular de la cuenta: _____

Nombre del Banco: _____

Dirección del Banco: _____

No. de Teléfono del Banco: _____

SWIFT/ABA: _____ Número de Cuenta: _____

Tipo de Cuenta (Ahorros/Cheque): _____

Favor de incluir los siguientes documentos:

1. Copia de la cédula de identidad del asegurado