



REEMBOLSO VIA TRANSFERENCIA – RIESGOS HUMANOS

RECIBO-FINIQUITO PAGO ELECTRONICO

Yo _____ que me identifico con Documento
Personal de Identificación –DPI– número _____,
extendido en _____, por el Registro Nacional de las Personas
–RENAP–, como asegurado (a) titular del contrato de seguro suscrito entre
_____ y Seguros El Roble, Sociedad Anónima,
Nombre del Contratante de la Póliza
con póliza _____ – _____ autorizo a la Entidad Aseguradora, para que
Código Póliza No. Póliza y Afiliada No. de Certificado
cumplidas todas las condiciones exigidas por ley, el contrato de seguro y la propia
Aseguradora se deposite en mi cuenta de depósitos _____ número
Monetaria o Ahorro
_____ de _____
Nombre de Banco
los reembolsos correspondientes a las reclamaciones de Gastos Médicos elegibles de acuerdo
a póliza contratada.

Los depósitos acreditados a la cuenta antes descrita constituirán comprobante del pago
efectuado con motivo de las reclamaciones presentadas ante Seguros El Roble, Sociedad
Anónima e implica la aceptación de que la reclamación ha sido total y completamente pagada,
por tal motivo, desde ya y sujeto a la condición que los reembolsos se realicen en los términos
antes indicados, otorgo el más amplio, completo, total y eficaz finiquito, así como carta total
de pago a Seguros El Roble, Sociedad Anónima por los reembolsos correspondientes a
reclamaciones de gastos médicos que deposite en la cuenta bancaria antes indicada.

Y para constancia de Seguros El Roble, S.A., se extiende el presente documento, en la Ciudad
de Guatemala, el día _____ de _____ del año _____.

FIRMA DEL ASEGURADO (A) TITULAR DEL CERTIFICADO