

Debe proveerse la cuenta bancaria a nombre del Asegurado Principal, o en caso de su fallecimiento aplica la del Beneficiario.

NOMBRE DEL TITULAR DEL DE LA CUENTA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO _____ HOGAR: _____ CELULAR: _____

NUMERO DE PÓLIZA / RECLAMO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

NOMBRE DEL BANCO (requerido): _____

NÚMERO CUENTA BANCARIA (requerido): _____

CONFIRMAR NÚMERO DE CUENTA BANCARIA (requerido): _____

NÚMERO DE RUTA Y TRÁNSITO (ABA) (requerido): _____

TIPO DE CUENTA (requerido) ☐ CHEQUE ☐ AHORRO

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información aquí ofrecida por mi es cierta y correcta, que la misma es ofrecida con el único propósito de inducir a la Compañía a pagar por el reclamo sometido a Multinational Life Insurance Company.

SI USTED HA PROVISTO LA INFORMACIÓN DE SU CUENTA BANCARIA ANTERIORMENTE INDIQUE SI LA MISMA HA CAMBIADO
_____ SI _____ NO

AUTORIZO A MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY A QUE EL IMPORTE NETO DE MI RECLAMACIÓN SE DEPOSITE EN LA INSTITUCION BANCARIA ARRIBA INDICADA.

Cualquier reclamacion de mi parte por créditos o débitos a mi cuenta, según especificados, conforme a esta autorización lo haré directamente al Departamento de Reclamaciones de Multinational Life Insurance Company.

Nombre del Asegurado Principal (letra de molde)

Firma del Asegurado Principal

Fecha

Este documento puede ser enviado por correo electrónico: claims@multinationalpr.com