

FORMULARIO DE ABONO A CUENTA

NOMBRE DEL ASEGURADO _____

NUMERO DE CUENTA _____

TIPO DE CUENTA _____

BANCO EMISOR _____

Autorizo a Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas y/o Seguros Atlántida, S.A.
para realizar abonos a mi cuenta bancaria, por el reintegro de reclamos presentados.-

Firma del Solicitante

San Salvador _____ de _____ de _____