

## 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 para realizar abonos a mi cuenta Bancaria, por el reintegro de reclamos presentados.-

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

San Salvador \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_