

**AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO VÍA TRANSFERENCIA DE RECLAMOS GASTOS MÉDICOS**

Póliza:     
Código    Número de Póliza    Número de Certificado

Contratante:   
(Nombre de la empresa contratante si aplica)

Por este medio yo  Nombre completo quien me  
 Identificó con número DPI/CUI   de  años  
 de edad,  (Estado Civil) autorizo a Seguros Gyt, S.A. para que por medio

de Transferencia electrónica, acredite los pagos por concepto de reembolso de reclamos de gastos médicos de la póliza arriba indicada en la que me encuentro asegurado (y/o mis dependientes si aplicara), por lo que proporcionó los siguientes datos:

Nombre del Banco:

Nombre de la cuenta\*:

Número de cuenta\*:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tipo de cuenta\* (Marque con un X el tipo de cuenta)

Monetaria (Q.)	<input type="checkbox"/>	Ahorro (Q.)	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Dirección de correo electrónico: @

**Me comprometo a notificar por escrito y oportunamente cualquier cambio en la información acá proporcionada, liberando a Seguros GYT, S. A. de cualquier responsabilidad en caso de no avisarlo.**

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado Titular:\*

\* La cuenta debe estar a nombre del asegurado titular de la póliza, se debe reportar tal cual el banco se la proporciona.

\*No será responsabilidad de Seguros Gyt, S. A. si la cuenta proporcionada presenta algún problema administrativo, entendiéndose que una vez realizada la transferencia, el pago del reclamo se considera como aceptado.

\*Obligatorio firma de asegurado titular.

\* Solamente se realizan transferencias hasta un monto máximo de Q. 10.000.00