



# Best Doctors®

Best Doctors S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

## PAGOS REEMBOLSOS VIA TRANSFERENCIAS

\* Llenar todos los campos tal como estan ingresados en la cuenta bancaria que recibirá el pago de SU REEMBOLSO. Llenar el formulario en Excel. No llenarlo a mano.

### DATOS BASICOS

Nombre .....		Direccion .....	
C.I. ....		Provincia .....	
Celular de Contacto .....		Ciudad .....	
Email confirmación .....		Telefono .....	
# de Contrato .....			

### SOLICITUD DE PAGO AUTOMATICO A TRAVES DE LA RED BANCARIA

Yo, .....

con Cédula # ..... autorizo para que los pagos de reembolso de reclamos realizados por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada se realicen mediante transferencia a la entidad afiliada al sistema automático de pagos que relaciono a continuación. Declaro que la información bancaria abajo indicada es correcta.

<b>Nombre En la Cuenta Bancaria</b>	<b>C.I. / RUC en cuenta Bancaria</b>	
<b>Nombre del Banco</b>	<b>No. de Cuenta</b>	<b>Tipo de Cuenta</b>

Atentamente,

.....

Firma del cliente

### DOCUMENTACION REQUERIDA

#### Personas Naturales

Fotocopia legible de Cédula del titular del contrato

### NOTA IMPORTANTE