

CARTA DE AUTORIZACION PAGO A TERCEROS

Señores:
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Ciudad

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE PAGO A TERCEROS
RECLAMACIÓN PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES No. 994000000015,
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO.
ASEGURADO (estudiante): _____ CON
IDENTIFICACIÓN No. _____

Yo _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, actuando como acudiente y/o representante legal del estudiante citado en el asunto, autorizo a la aseguradora Solidaria de Colombia para que el giro de la indemnización por valor de \$ _____, se realice mediante transferencia bancaria a la cuenta que se indica a continuación:

Nombre titular cuenta bancaria: _____
Número de Identificación: _____
Nombre del banco: _____
Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente
Número de cuenta: _____

Se firma en la ciudad de _____ fecha _____

Firma: _____
Nombre acudiente y/o representante legal del estudiante:

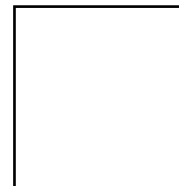
Teléfono de Contacto: _____
Email: _____



Huella

Firma: _____
Nombre de la persona a quien se realizará la transferencia:

Teléfono de Contacto: _____
Email: _____



Huella