

## FORMULARIO DE PAGOS

Ciudad y Fecha:

### DATOS GENERALES

No. RUC y/o C.I.

Apellidos y nombres

Teléfono Convencional Casa

Trabajo

Extensión

### DATOS PARA TRANSFERENCIA

Banco/Cooperativa

No. De la Cuenta

Tipo de Cuenta:

Corriente

Ahorros

Si es cuenta conjunta:

C.I. 2do. Titular cuenta

Número de Celular

Correo Electrónico

### REFERENCIAS CONTACTO

Nombre

Número de Celular

Correo Electrónico

Declaro libre y voluntariamente que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada, por lo que deslindo a Aseguradora del Sur C.A. de cualquier responsabilidad si la información proporcionada es ilegible, inexacta o desactualizada al momento de realizar la transacción financiera.

Además declaro que la relación con Aseguradora del Sur C.A. tiene un propósito lícito, y que todos los pagos monetarios realizados por Aseguradora del Sur C.A. a mi favor serán utilizados para el mismo propósito.

---

 FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

\* Los pagos se realizarán de acuerdo a las políticas de pago

**ASEGURADORA DEL SUR**

Confirmando haber revisado la razonabilidad de la información proporcionada por el cliente. Además verifiqué que la firma del cliente corresponde a la de su documento de identificación.

---

 FIRMA Y SELLO DEL EJECUTIVO