

Formulario de Autorización de Pago por Transferencia

Motivo:

- Pago de Beneficios por Reclamo
- Reversión de Primas
- Otro:

Yo, Titular de la póliza Número:
Autorizo a **BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY**, sucursal Costa Rica a realizar el depósito en dólares a la siguiente cuenta local de la cual soy titular:

Identificación Personal:

- Cédula
- DIMEX
- DIDI

Monto: USD

Moneda:

- Dólares (USD)
- Colones (CRC)

Nombre del Banco:

Número de Cuenta @ V:

Nombre del Titular:

Firma:

Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DE BMI

Funcionario que Recibe:

Firma:

Fecha: