



**Blue Cross and Blue Shield
of Panama**

CIRCULAR

PARA: CORREDORES DE SEGUROS

DE: MÓNICA HERNÁNDEZ
SUBGERENTE DE MERCADEO Y SERVICIO AL CLIENTE

FECHA: 23 DE ENERO DE 2017

ASUNTO: PAGOS DE RECLAMOS DE SALUD POR ACH
PÓLIZAS NUEVAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS

En nuestro afán de brindarles un mejor servicio y un ahorro en tiempo al momento del pago de los reclamos de Salud de sus asegurados, le informamos que a partir del 01 de febrero de 2017, será requisito imprescindible adjuntar el formulario para **Pago de Reclamos por ACH** a la Solicitud de Salud.

Este formulario puede ser descargado directo de nuestra página web en la Sección de Formularios bajo el nombre **Pago por ACH para Asegurados** o retirados en Casa Matriz o nuestras sucursales.

Agradecemos de antemano su acostumbrada colaboración, la cual estamos seguros será en beneficio de todos.



BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF PANAMA



Blue Cross and Blue Shield of Panama

AUTORIZACIÓN REEMBOLSO DE RECLAMO
AUTOMÁTICO - ASEGURADO

Completar a máquina o en letra imprenta por el contratante y/o asegurado principal de la póliza/certificado. No se aceptarán documentos con tachones ni borrones.

Por este medio autorizo/amos a **COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (IS)**, para que realice créditos a mi cuenta abajo indicada, y al **BANCO** cuyo nombre aparece debajo, para acreditar a la referida cuenta la suma que sea transferida según lo antes expuesto.

Nombre de la Persona Natural o Jurídica

Cédula o RUC

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Número de póliza

En caso de persona jurídica, nombre del que autoriza

Nombre Apellido

Nombre del banco

Tipo de cuenta ☐ Ahorro ☐ Corriente

Número de cuenta (no colocar guiones)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Confirmando que la cuenta enunciada se encuentra registrada a nuestro nombre y que el firmante tiene la autorización respectiva del contratante de la póliza y en el banco para autorizar que sea acreditada.

En consideración de este servicio convengo además que si cualquiera de tales órdenes de pago fuera desatendida por **EL BANCO**, sin causa o inadvertidamente, **LA EMPRESA** no tendrá responsabilidad alguna.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que:

1. **IS** reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma, firmada por la(s) persona(s) autorizada(s) para el manejo de la cuenta.
2. La cuenta sea cerrada.
3. La póliza o certificado sea cancelado.

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso de la Compañía de Seguros:

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____