



FORMULARIO PARA PAGOS MEDIANTE TRANSFERENCIAS BANCARIAS

DATOS GENERALES

BROKER

PROVEEDOR

CLIENTE

Cédula/Pasaporte:

Apellidos y Nombres
Completos:

Correo Electrónico

Dirección Residencia

No. Teléfono Residencial

No. Teléfono Celular

Por medio de la presente solicito a Sweaden Compañía de Seguros S.A. , que los valores que tengo por Cobrar de:

COMISIONES **FACTURAS** **INDEMNIZACIONES** **DEVOLUCION PRIMA**

Se acredite a la cuenta : Ahorros Corriente

Banco: _____ Número Cuenta: _____ Titular de la Cuenta: _____

Firma del Cuenta Correntista: _____ Fecha de Entrega: _____

Nota: Adjuntar Certificado Bancario (o) print de pantalla consulta internet