



## FORMULARIO PARA PAGOS MEDIANTE TRANSFERENCIAS BANCARIAS

### DATOS GENERALES

BROKER

PROVEEDOR

CLIENTE

Cédula/Pasaporte:

Apellidos y Nombres Completos:

Correo Electrónico

Dirección Residencia

No. Telefono Residencial

No. Telefono 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 de Responsabilidad

\_\_\_\_\_

Firma de Entrega;

Fecha de Entrega:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nota: Adjuntar copia de cédula.