**CARTA DE AUTORIZACION PAGO A TERCEROS**

Ciudad, Día / Mes / Año

**Señores:**

Iké Asistencia Colombia S.A

Atn: Área de Servicio al Cliente

Bogotá

Sr (a) favor diligenciar la casilla correspondiente con una X.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en *(ciudad y dirección de correspondencia)*, actuando en nombre propio o como representante Legal de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Nit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizó a Iké Asistencia Colombia S.A para que efectué el pago del reembolso previamente aprobado por la compañía a mi favor o a favor de la entidad que represento mediante transferencia bancaria a la cuenta que se indica a continuación:

Pago por Efecty SI NO

Nombre titular cuenta bancaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente

Número de cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de tomador de la póliza:

Número de Identificación:

Dirección de Residencia:

Teléfono de Contacto:

Email:

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona a quien se realizará la transferencia:

Número de Identificación:

Dirección de Residencia:

Teléfono de Contacto:

Email: