

Estimados Señor(a)

La presente es para hacer de su conocimiento que contamos con el servicio de Pago a asegurados con transferencia electrónica, lo que le permitirá recibir el pago de sus reclamos por reembolso de gastos médicos, de manera fácil y cómoda en la cuenta de su elección.

Para gozar de este servicio, es necesario detalle su número de cuenta de ahorro: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ banco \_\_\_\_\_ donde desea recibir los pagos de forma automática. Para dar seguimiento MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A enviará un mensaje de confirmación de pago y hoja de liquidación a su correo electrónico \_\_\_\_\_ y a su vez solicitamos su aceptación.

**ACEPTACION:**

Las partes abajo firmantes, de su libre y espontánea voluntad, acuerdan que MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A podrá efectuar pagos mediante transferencia electrónica, directamente a la cuenta del Asegurado de la póliza \_\_\_\_\_. El comprobante de dicha transferencia junto con el presente documento, hará plena prueba documental del cumplimiento del Reclamo correspondiente.

Leído que fue la presente adenda y enterados de su valor y consecuencias legales, firmamos en dos tantos de un mismo tenor, en la ciudad de Managua a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
No DE CEDULA DE IDENTIDAD