

FORMULARIO DE INFORMACIÓN BANCARIA

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RECLAMANTE	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de Teléfono:	Correo Electrónico:
Número de Reclamación:	Fecha:
INFORMACIÓN BANCARIA DEL RECLAMANTE (Esta declaración afirma que la persona abajo firmante es el destinatario y beneficiario previsto del cheque próximo)	
Opción de pago: <input type="checkbox"/> Beneficiario único <input type="checkbox"/> Beneficiario múltiple <input type="checkbox"/> Cuenta conjunta	
Transferencia Electrónica de Fondos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cheque de papel: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Banco/Nombre de la Institución Financiera:	
Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	
Número de Ruta (9 dígitos):	Número de Cuenta:
Enviar cheque a:	
Nota: Todos los reclamantes que hayan firmado el POL deben ingresar su número de seguro social a continuación	
Número de Seguro Social del Reclamante:	Fecha:
Número de Seguro Social del Reclamante:	Fecha:
Número de Seguro Social del Reclamante:	Fecha:
Número de Seguro Social del Reclamante:	Fecha: