

# Reembolsos de prestaciones asistenciales

Ciudad	Fecha de diligenciamiento	CUENTA DE COBRO No
	Día      Mes      Año	

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS.**  
**NIT. 860011153- 6**

Debe a  C.C.

El valor de  Valor en letras

Por concepto de:

### 3. Datos del banco

Banco  No. de Cuenta   Cuenta de ahorro  Cuenta corriente  Depósito electrónico

### 3. Datos personales

Nombre completo	Tipo de documento	Número de documento	Lugar de residencia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Celular	Ciudad	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	