

Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria

INSTRUCCIONES:

1. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
2. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Por este medio solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que se aplique la transferencia o depósito, del pago de los gastos procedentes asociados a la cobertura de la Póliza contratada con dicha Compañía de Seguros, a la siguiente cuenta bancaria.

Cuenta CLABE (18 dígitos) _____

Banco: _____

La cuenta CLABE consta de 18 dígitos y se utiliza en transacciones interbancarias, aparece en el estado de cuenta o puede solicitarla en su banco.

Transferencia a nombre de: **Asegurado afectado:** **Titular:** **Contratante:**

En caso de requerir que la transferencia se realice a una persona distinta a las indicadas arriba, especificar lo siguiente:

Nombre: _____ Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Relación con el Asegurado afectado: _____

Motivo por el que requiere el pago: _____

En este caso, se deberá anexar la documentación que acredite su relación con el Asegurado afectado y/o su derecho a solicitar el pago. Plan Seguro analizará su procedencia y podrá solicitar mayor información en caso de ser necesario.

Reconozco como comprobante de transferencia exitosa (digital o física) a la cuenta CLABE antes mencionada, el que Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros me enviará al correo electrónico que señalo: _____ y con ello le otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda por este(os) reclamo(s) por lo que no me reservo derecho o acción alguna que ejercer en su contra.

Para este trámite de Reembolso y los subsecuentes asociados a este mismo padecimiento.

1. Libero a la Aseguradora de cualquier otra responsabilidad relacionada con el Siniestro indemnizado.
2. Me reservo derecho o acción alguna en contra de la Aseguradora.
3. Me subrogo a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que ésta si así lo desea, ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsables del Siniestro y me obligo a auxiliar a la Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer cualquier acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado.
4. Acepto y reconozco que con el/los pagos en la cuenta CLABE interbancaria señalada en el párrafo de la parte superior otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda a favor de la Aseguradora. En caso de que manifieste que no recibí el pago respectivo, Plan Seguro deberá comprobar el cumplimiento mediante la constancia de transferencia interbancaria que corresponde, de lo contrario, éste y los puntos anteriores no surtirán efectos legales.

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE TODA INFORMACIÓN AQUÍ VERTIDA CORRESPONDE A LA REALIDAD HACIÉNDOME RESPONSABLE DE LA MISMA Y LIBERANDO A PLAN SEGURO, S.A. DE C.V. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SU USO PARA LOS FINES DE ESTE FINIQUITO.

Nombre y firma del Asegurado afectado

(Padre, madre o tutor legal, en caso de menores de edad)

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria

Importante:

Es necesario que escriba el número de cuenta completo (no debe quedar ningún espacio en blanco) y deberá proporcionar un solo número de cuenta CLABE esto con el propósito de atender puntualmente su solicitud.

Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsabilidad al respecto y emitirá cheque a nombre del Titular de la cuenta bancaria.

Plan Seguro, con domicilio en Periférico Sur no. 4355, Col Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210 en Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus Datos Personales tanto Sensibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación, el aviso integral podrá encontrarlo en el sitio web "www.planseguro.com.mx".

Lugar: _____

Fecha: _____

DÍA

MES

AÑO

Porque prevenir es Salud
Servicio Seguro **01 800 277 1234**
planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx

