PAGO TRANSFERENCIA

ESTIMADO ASEGURADO:
CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRÁMITE PARA EL PAGO DE SU REEMBOLSO, SEGUROS INBURSA PONE A SU DISPOSICIÓN EL SERVICIO DE PAGO POR TRANSFERENCIA INTERBANCARIA SIN COSTO ALGUNO PARA USTED. SI DESEA HACER USO DE ESTE SERVICIO, FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMATO DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

1. FECHA EN QUE SE ESTÁ REQUISITANDO EL FORMATO DIA/MES/AÑO.
2. NOMBRE DEL BANCO DONDE SE REALIZARÁ EL DEPÓSITO.
3. INDICAR EL NÚMERO DE LA CLABE A 18 POSICIONES, COLOCANDO UN NÚMERO POR CASILLA.
4. NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA DONDE SE DEPOSITARÁ EL IMPORTE DE LA RECLAMACIÓN.
5. DATOS PARTICULARES: INDICAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA, EL REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES CON LA HOMOCLAVE, CURP, DOMICILIO COMPLETO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR, EDIFICIO, NO. INTERIOR, CODIGO POSTAL, COLONIA, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD, ESTADO, TELÉFONO PARTICULAR, CORREO ELECTRÓNICO).
6. INDICAR LOS DATOS DE SU PÓLIZA: EMISOR, CARPETA, FAMILIA, CIS.
7. ADJUNTAR COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE (IFE O PASAPORTE)

MÉXICO, D.F. A ____ DE _____ DEL _____.

SEGUROS INBURSA,S.A.
GRUPO FINANCIERO INBURSA
P R E S E N T E

POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO QUE LOS PAGOS DE INDEMNIZACIÓN POR RECLAMACIONES DE GASTOS MÉDICOS QUE ESA INSTITUCIÓN DEBA EFECTUAR A MI FAVOR LOS DEPOSITE EN LA SIGUIENTE CUENTA:

BANCO _____

NO. DE CUENTA BANCARIA O CLABE:

(NOTA: LA CUENTA DEBE CONSTAR DE 18 DÍGITOS)

A T E N T A M E N T E,

_____ NOMBRE COMPLETO

_____ FIRMA

DATOS PARTICULARES				
NOMBRE DEL SOLICITANTE:	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	
R.F.C.	HOMOCLAVE	CURP		
CALLE		NÚMERO	EDIFICIO	
NO. INTERIOR	C.P.	COLONIA		
DELEGACIÓN/MUNICIPIO		CIUDAD		
ESTADO	TELÉFONO PARTICULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
EMISOR	CARPETA	FAMILIA	CIS	

NOTAS IMPORTANTES:

A. EN CASO DE QUE SE CANCELE LA CUENTA BANCARIA DEBERÁ NOTIFICARSE POR ESCRITO A SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO O A TRAVÉS DE LAS SUCURSALES EN SU LOCALIDAD CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

INDICAR EL BANCO Y LA CLABE QUE SE CANCELA Y LA FECHA DE LA MISMA.
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA CUENTA.
COPIA FIEL DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL.

B. INDICAR LA NUEVA CUENTA A DONDE SE REALIZARÁN LOS DEPÓSITOS A TRAVÉS DEL FORMATO AUTORIZADO.

C. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO PROPORCIONE UN NÚMERO DE CUENTA ERRÓNEO Y EL NÚMERO EXISTA EN EL BANCO, INBURSA SOLICITARÁ LA ACLARACIÓN CON EL BANCO HASTA CONTAR CON EL DINERO, EN ESE MOMENTO SE GENERARÁ EL NUEVO DEPÓSITO.

D. EN CASO DE QUE EL DEPÓSITO SEA RECHAZADO SE PODRÁ GENERAR NUEVAMENTE EL PAGO A LA NUEVA CUENTA, DE NO CONTAR CON EL RECHAZO SERÁ RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO EFECTUAR LAS ACLARACIONES CORRESPONDIENTES CON EL BANCO.

EN CASO DE NO UTILIZAR NUESTRO SERVICIO POR TRANSFERENCIA, USTED DEBERÁ ACUDIR A LA SUCURSAL DE INBURSA DONDE SOLICITO SU TRÁMITE PARA RECOGER EL CHEQUE CORRESPONDIENTE A SU PAGO.

DEBE SER LLENADA CON LETRA CLARA Y NO SE ACEPTARÁ CON TACHADURAS O ENMENDADURAS.