F I N I Q U I T O: P A G O P O R M E D I OS E L E C T R Ó N I C O S (TRANSFERENCIA BANCARIA)

Bajo protesta de decir verdad el (la) que suscribe Héctor Manuel de la Cruz González recibo de conformidad y a mi entera satisfacción la cantidad de $ 113,000.00 ( ciento trece mil pesos 00/100 mn ) misma que me fue depositada a la cuenta bancaria designada por mí, por **A.N.A. Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**, en cumplimiento a la obligación de indemnizar, derivada del daño amparado en el contrato de seguro, bajo el número de póliza 003414897 y siniestro número 042183705.

Con la intención de disuadir cualquier duda respecto a la posible existencia de beneficiario preferente con mejor derecho que yo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy el (la) único (a) y legítimo(a) beneficiario (a), que entiendo y acepto los alcances de mi manifestación y de recibir el pago de la indemnización correspondiente, asumiendo desde ahora, las consecuencias morales y jurídicas que pudieran derivarse en mi perjuicio, deslindando a la empresa ANA Compañía de Seguros SA de CV de toda responsabilidad que se relacionara con la indemnización. .-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

Declaro además, que con el pago de la citada indemnización, reconozco cumplida la obligación contractual de **A.N.A. Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**, y en consecuencia **LE OTORGO EL MÁS AMPLIO FINIQUITO QUE EN DERECHO PROCEDA** haciéndolo sin reserva de acción o derecho alguno de naturaleza Civil, Penal, Administrativa o de cualquiera otra que ejercitar con posterioridad en contra de la referida aseguradora o de sus directivos, dependientes, empleados, exempleados o prestadores de servicios, asegurado y/o conductor del vehículo asegurado.

Que es mi voluntad que el pago de la indemnización a la que se refiere el presente documento se efectúe de manera directa mediante transferencia electrónica bancaria a la siguiente cuenta:

* Institución bancaria: BANORTE
* Número de Cuenta: 1175811767
* CLABE interbancaria: 072 320 0117588111767 0

Reconociendo que es mi responsabilidad otorgar a la Aseguradora el número de cuenta bancaria correcta, para que se aplique la transferencia o depósito, por lo tanto, si existe un error en los dígitos de la cuenta bancaria y la transferencia o deposito se efectúa a una cuenta incorrecta, desde este momento otorgo a **A.N.A. Compañía de Seguros, S.A. de C.V.** el más amplio finiquito que en derecho proceda, liberándola de cualquier responsabilidad presente o futura, no reservándome ninguna acción civil, administrativa, mercantil o de cualquier otra naturaleza. Haciendo constar que este es mi número de cuenta y autorizo a **A.N.A. Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**, realizar depósitos vía transferencia bancaria,

Este finiquito surtirá sus efectos a partir del momento en que efectivamente la compañía de seguros realice el pago en los términos autorizados con anterioridad

El presente finiquito no prejuzga sobre la procedencia de la indemnización, sin embargo, en caso de proceder el pago y una vez realizado el mismo, **A.N.A. Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra el o los causantes del daño, ésto de conformidad con los artículos 111 y 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

Para efectos de comprobar, anexo al presente finiquito los siguientes documentos:

* Copia de la Identificación oficial con fotografía (INE, Pasaporte, Cédula Profesional)
* Copia de Comprobante de domicilio
* Copia del estado de cuenta bancario a nombre del firmante en donde se identifique los 18 digitos de la cuenta CLABE.

Leído que fue el presente, firmo de conformidad, siendo las \_\_\_\_\_\_ horas con \_\_\_\_\_\_ minutos en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_.

Héctor Manuel de la Cruz González

Nombre y firma del Beneficiario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Identificación Oficial (obtener imagen de esta por ambos lados)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella dactilar del pulgar derecho

***A.N.A. Compañía de Seguros, S.A. de C.V.,*** *es responsable del tratamiento de los datos personales que se recolectan a través del presente formato, los cuales serán utilizados con la finalidad de atender el siniestro en que se vio involucrado, por lo que, lo invitamos a conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral, consultándolo en la página de internet* [*www.anaseguros.com.mx*](http://www.anaseguros.com.mx)