

Solicitud Pago Vía Transferencia Bancaria

Datos del Medico

Nombre: Fecha:

RFC: CURP:

Dirección

Calle: Número Exterior: Número Interior:

Colonia: Municipio o Delegación: Código Postal:

Ciudad: Estado: País:

Teléfono: Fax: Email:

Especialidad:

Cuentas Bancarias				
Institución	No. de Cuenta	Tipo de cuenta	Clabe Interbancaria (18 digitos)	Moneda

NOTA: LOS DATOS E INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA, SERÁN TRATADOS EN TÉRMINOS DEL AVISO DE PRIVACIDAD QUE HA DISEÑADO LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, PARA PROTEGER SUS DATOS PERSONALES.

- 1. ANEXAR COPIA ESTADO DE CUENTA DEL BANCO, (excepto crédito, con vigencia no mayor a 3 meses).
- 2. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL.

Al efectuarse el depósito o transferencia en la cuenta correspondiente, reconozco que se ha cumplido con la obligación de pago y otorgo a Allianz México, S.A., Compañía de Seguros, el más amplio finiquito que en derecho proceda por dicho pago.

Nombre y Firma del Beneficiario

Nota importante: Reconozco 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 depósito se efectúa a una cuenta incorrecta, desde este momento otorgo a Allianz México, S.A., Compañía de Seguros 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. Hago constar que este es mi número de cuenta y autorizo a Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, realizar depósitos vía transferencia bancaria.