

AUTORIZACIÓN DE PAGO DE SINIESTRO VÍA TRANSFERENCIA

Requisitos: Copia INE , Clabe Interbancaria (a nombre del beneficiario), estado de cuenta reciente no mayor a 3 meses.

Autorizo a la aseguradora General de Seguros S.A.B para que realice el pago de mi siniestro vía transferencia.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO																			
RFC	CELULAR																		
CORREO ELECTRÓNICO	BANCO																		
CUENTA CLABE DEL BENEFICIARIO (18 DÍGITOS)																			
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			

AUTORIZO

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO

AVISO DE PRIVACIDAD

Autorizo al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación Sección 5 y al programa Gasto Funerario de la Sección 5, el uso y resguardo de mis datos personales, sensibles, patrimoniales y financieros. Los cuales podrá transmitir a las compañías aseguradoras o agentes de seguros, para el pago de las primas de mi seguro contratado del Programa Gasto Funerario.