

PAGO POR TRANSFERENCIA – ORDEN DE PAGO

CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRAMITE PARA EL PAGO DE SU REEMBOLSO, SEGUROS INBURSA, PONE A SU DISPOSICION EL SERVICIO DE TRANSFERENCIA INTERBANCARIA U ORDEN DE PAGO (hasta \$2,000.00 en efectivo), SIN COSTO ALGUNO PARA USTED, SI DESEA HACER USO DE ESTOS SERVICIOS, FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMATO:

México, D.F. a _____ de _____ del _____.

Seguros Inbursa, S.A.
Grupo Financiero Inbursa
Presente

Por Medio de la presente solicito que los pagos de Indemnización por Reclamaciones de Gastos Médicos Mayores, que esa Institución deba efectuar a mi favor los deposite en la Siguiente Cuenta Bancaria:

Nombre del Banco _____

Número de Cuenta (Clabe)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nota: La cuenta debe Constar de 18 dígitos sin excepción y debe ser llenado con letra clara y no se aceptaran tachaduras o enmendaduras).

NOTAS IMPORTANTES:

A) En caso de que se CANCELE la Cuenta Bancaria debe notificarse por escrito a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, a través de las Sucursales en su localidad con los siguientes requisitos:

1.- Indicar el Banco y la Clabe que se cancela y la fecha de cancelación de la misma.

2.- Nombre completo y firma del Titular de la Cuenta.

3.- Anexar copia fiel de su Identificación Oficial por ambos lados (IFE o PASAPORTE)

B) Indicar la nueva cuenta en donde se realizaran los depósito requisitado nuevamente este formato.

C) En caso de que el depósito sea Rechazado se podrá generar nuevamente el pago a la cuenta que nos indique.

Al recibir de Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa el Pago por el monto que proceda de esta Reclamación Inicial o Complementos posteriores, por el(los) padecimiento(s) o lesión(es) que se encuentra(n) cubierto(s) de acuerdo a las Condiciones de la Póliza contratada, ya sea mediante Transferencia Electrónica, Orden de Pago o Cheque, declaro que no me reservo ninguna acción pasada, presente o futura, por lo que extiendo el más amplio y eficaz finiquito que en derecho proceda.

Atentamente,

Nombre Completo

Firma