

Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria (Reembolsos)

INSTRUCCIONES:

1. Todos los espacios son obligatorios
2. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Por este medio solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que se aplique la transferencia o depósito, del pago de los gastos procedentes asociados a la cobertura de la Póliza contratada con dicha Compañía de Seguros, a la siguiente cuenta bancaria.

Cuenta CLABE (18 dígitos)

Banco:

La cuenta CLABE consta de consta de 18 dígitos y se utiliza en transacciones interbancarias, aparece en el estado de cuenta o puede solicitarla en su banco.

Transferencia a nombre de:

Asegurado afectado:

Titular:

Contratante:

En caso de requerir que la transferencia se realice a una persona distinta a las indicadas arriba, especificar lo siguiente:

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Email:

Relación con el Asegurado afectado:

Motivo por el que requiere el pago:

En este caso, se deberá anexar la documentación que acredite su relación con el Asegurado afectado y/o su derecho a solicitar el pago. Plan Seguro analizará su procedencia y podrá solicitar mayor información en caso de ser necesario.

Reconozco como comprobante de transferencia exitosa (digital o física) a la cuenta CLABE antes mencionada, el que Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros me envíe al correo electrónico que señalo: _____ y con ello le otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda por este(os) reclamo(s) por lo que no me reservo derecho o acción alguna que ejercer en su contra

Para este trámite de Reembolso y los subsecuentes asociados a este mismo padecimiento.

1. Libero a la Aseguradora de cualquier otra responsabilidad relacionada con el Siniestro indemnizado.
2. El Suscrito no se reserva derecho o acción alguna en contra de la Aseguradora.
3. Me subrogo a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que ésta, si así lo desea, ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsables del Siniestro y me obligo a auxiliar a la Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer cualquier acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el Siniestro indemnizado.
4. Acepto y reconozco que con el/los pagos en la cuenta CLABE interbancaria señalada en el párrafo de la parte superior otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda a favor de la Aseguradora. En caso de que manifieste que no recibí el pago respectivo, Plan Seguro deberá comprobar el cumplimiento mediante la constancia de transferencia interbancaria que corresponde, de lo contrario, éste y los puntos anteriores no surtirán efectos legales.

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE TODA INFORMACIÓN AQUÍ VERTIDA CORRESPONDE A LA REALIDAD HACIÉNDOME RESPONSABLE DE LA MISMA Y AUTORIZANDO A PLAN SEGURO, S.A. DE C.V. COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA SU USO EN TODO LO RELACIONADO, CON LOS FINES DE ESTE FINIQUITO

Nombre y firma del Asegurado afectado

(Padre, madre o tutor legal, en caso de menores de edad)

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria

Importante:

Es necesario que escriba el número de cuenta completo (no debe quedar ningún espacio en blanco) y deberá proporcionar un solo número de cuenta CLABE esto con el propósito de atender puntualmente su solicitud. Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsabilidad al respecto y emitirá cheque a nombre del Titular de la cuenta bancaria. Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx

Lugar:

Fecha:

DÍA

MES

AÑO

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx

 **Plan Seguro**
Mi salud es hoy