

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 dígitos)	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.