

**Formato único de Información Bancaria para
pago vía Transferencia Electrónica**



Nombre del Contratante: _____

Número de Póliza: _____ Fecha de Reclamación: _____

Alta de cuenta (Registrar la información de la sección I y II)																							
I. Información General																							
Nombre o Razón Social del Titular de la Cuenta Bancaria o del Asegurado (Se debe escribir conforme aparece en el estado de cuenta bancario)																							
Domicilio Fiscal del Titular de la Cuenta Bancaria o del Asegurado																							
Calle				Colonia																			
No. Exterior	No. Interior	Municipio o Delegación	Ciudad o Población		Entidad federativa																		
C.P.		Teléfono de contacto (Casa/oficina)		Ext.																			
R.F.C. del Titular (letras, año, mes, día, homoclave)				C.U.R.P. (18 caracteres)																			
Correo electrónico																							
II. Alta de cuentas bancarias																							
Seleccione una o las dos siguientes opciones de pago y registre la información solicitada.																							
A	<input type="checkbox"/>	Cuenta de Cheques	Realizar los pagos a una cuenta de Cheques.																				
B	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Débito	Realizar los pagos a una cuenta de Tarjeta de Débito.																				
Datos de la cuenta bancaria Esta información es únicamente para efectos del trámite solicitado (confidencial)																							
CLABE																							
Para ambas opciones favor de proporcionar su cuenta CLABE de 18 dígitos tal y como aparece en el estado de cuenta proporcionado por su banco.			<table border="1"> <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>																				
Nombre del Banco			No. de Sucursal		No. de Plaza																		
Favor de anexar copia de identificación Oficial.																							

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Seguros Atlas, S.A. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda de esta y futuras reclamaciones de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y en consecuencia otorgo a favor de Seguros Atlas, S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir de Seguros Atlas, S.A., desistiéndome en su caso, de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación con la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

Nota: esta información será utilizada para todos los movimientos solicitados, en caso de cancelación o cambio deberá de enviarnos un nuevo formato con actualización de datos.

Nombre y Firma del Titular de la cuenta bancaria o Asegurado