SEGUROS MONTERREY

Pago de Finiquito
Gastos Médicos Mayores

Datos de la Póliza

No. de la Póliza _____ Certificado _____

Nombre del Contratante _____ Correo Electrónico _____

Datos del titular de Pago

_____

Pago a favor de: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

Domicilio	No. Exterior	No. Interior

Colonia	Código Postal	Delegación o Municipio	Estado

Fecha de Nacimiento	Correo Electrónico

RFC/CURP	Actividad o Giro	Nacionalidad

Ocupación o Profesión	Teléfono	Teléfono Celular

Por este medio solicito y autorizo a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., para que cualquier pago que proceda a mi favor en mi calidad de asegurado titular o a favor de los beneficiarios dependientes, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre a partir del día_____, del mes, _____ y del año _____, la cual tiene los siguientes datos:

Datos Bancarios del Titular de Pago

Opción de pago Transferencia Electrónica Banco _____ Plaza _____ Sucursal _____

Cuenta BBVA __|__|__|__|__|__|__|__|__|__| No. CLABE __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

El asegurado declara bajo protesta de decir la verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.

Asimismo, declaro expresamente que al efectuarse el ó los depósitos ó transferencias a la cuenta antes mencionada, por el ó los montos que procedan de acuerdo al contrato de seguro y a las condiciones de la póliza, los tendré reconocidos y efectuados a mi mas entera satisfacción, otorgando a Seguros Monterrey New York Life S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome acción o derecho que ejercitar en contra de esta institución con motivo de los pagos realizados. Asimismo, desde este momento asumo cualquier obligación frente a terceros que pudiere derivarse de estos pagos, deslindado a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. de cualquier reclamación originada con motivo del cumplimiento del contrato de seguro citado.

Atentamente

_____

Nombre del Asegurado Titular

Instrucciones

1. Los documentos a entregar son: Identificación oficial del beneficiario del pago
*Comprobante de domicilio menor a 3 meses, en caso de coincidir los datos del domicilio con la identificación oficial ya no será necesario entregarlo.
*Estado de cuenta menor a 3 meses para el depósito del reembolso. Con la autorización del titular del certificado, todos los pagos de él y sus dependientes se realizarán por Transferencia sin que ingrese nuevamente este formato

2. En caso de ser procedente la reclamación, y previo conscentimiento del Titular de la póliza, el pago de la reclamación se llevará acabo mendiante la tranasferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada por el contrantante para la emisión de la póliza.