

MÉXICO, D.F. A _____ DE _____ DEL _____.

**SEGUROS INBURSA,S.A.
GRUPO FINANCIERO INBURSA
P R E S E N T E**

Por medio de la presente solicito que los pagos de indemnización por reclamaciones de Gastos Médicos que esa Institución deba efectuar a mi favor los deposite en la siguiente cuenta:

No. de Cuenta Bancaria o CLABE:

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

(Nota: La Cuenta debe constar de 18 dígitos)

Banco _____

Culaquier cambio o modificación en los datos arriba señalados será notificado por escrito a esa Institución, por lo que los depósitos efectuados antes de que Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa reciba tal notificación se tendrá por debidamente efectuados en la cuenta y con los datos antes mencionados.

Atentamente,

DATOS PARTICULARES				
Nombre del solicitante:		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
R.F.C.		Hernández	CURP	
Calle			Número	Edificio
No. Interior	C.P.	Colonia		
Delegación/ Municipio			Ciudad	
Estado		Teléfono Particular		Correo Electrónico
Emisor	Carpeta		Familia	Cis

Nota: Anexo Copia Fiel de una identificación oficial.

DEBE SER LLENADA CON LETRA CLARA Y NO SE ACEPTARÁ CON TACHADURAS O ENMENDADURAS.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Fecha en que se está requisitando el Formato DIA-MES-AÑO.
2. Nombre del Banco donde se realizará el Depósito.
3. Indicar el número de la CLABE a 18 posiciones, colocando un número por casilla.
4. Nombre y Firma de la persona responsable de la cuenta donde se depositará el importe de la reclamación.

5. DATOS PARTICULARES:

Indicar el nombre completo de la persona responsable de la cuenta.

Indicar el Registro Federal de Causantes con la Homoclave

Indicar el CURP

Domicilio Completo:

Calle, no. exterior, edificio, no. interior, código postal, colonia, delegación o Municipio, ciudad, estado, teléfono particular, correo electrónico.

6. Indicar los datos de su póliza:

Emisor, carpeta, familia, Cis.

NOTAS IMPORTANTES:

a. En caso de que se cancele la cuenta bancaria deberá notificarse por escrito a Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa a través de correo electrónico* ó a través de las sucursales en su localidad con los siguientes requisitos:

Indicar el banco y la CLABE que se cancela y la fecha de la misma.
Nombre y Firma del responsable de la cuenta.
Copia fiel de una identificación oficial.

b. Indicar la nueva cuenta a donde se realizarán los depósitos a través del formato autorizado.

c. En caso de que el asegurado proporcione un número de cuenta erróneo y el número exista en el Banco, Inbursa solicitará la aclaración con el Banco hasta contar con el dinero, en ese momento se generará el nuevo depósito.

d. En caso de que el depósito sea rechazado se podrá generar nuevamente el pago a la nueva cuenta, de no contar con el rechazo será responsabilidad del asegurado efectuar las aclaraciones correspondientes con el banco.

* Correos electrónicos: erodriguezr@inbursa.com , ncardenast@inbursa.com y gtapiac@inbursa.com