

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

SEGUROS INBURSA, S.A.
GRUPO FINANCIERO INBURSA
PRESENTE

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:

A horizontal number line with vertical tick marks at intervals of 10, labeled from 0 to 100. The tick mark for 50 is highlighted with a yellow background.

(Nota: La Cuenta debe constar de 18 dígitos)

Banco

Cualquier 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.		Homoclave	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:

Emissor, 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