

# Formato único de Información Bancaria para pago vía Transferencia Electrónica

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Reclamación: \_\_\_\_\_

<b>Alta de cuenta (Registrar la información de la sección I y II)</b>																							
<b>I. Información General</b>																							
<b>Nombre o Razón Social del Titular de la Cuenta Bancaria o del Asegurado</b> (Se debe escribir conforme aparece en el estado de cuenta bancario)																							
<b>Domicilio Fiscal del Titular de la Cuenta Bancaria o del Asegurado</b>																							
Calle:			Colonia:																				
No. Ext.	No. Int.	Municipio o Delegación		Ciudad o Población																			
Entidad federativa:		C.P.:	Teléfono: Casa/oficina		Ext.																		
R.F.C: (letras, año, mes, día, homoclave)			C.U.R.P (18 caracteres)																				
Correo electrónico:			Celular:																				
<b>II. Alta de cuentas bancarias</b>																							
Seleccione una o las dos siguientes opciones de pago y registre la información solicitada.																							
<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cuenta de Cheques</b>	Realizar los pagos a una cuenta de Cheques.																				
<b>B</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Tarjeta de Débito</b>	Realizar los pagos a una cuenta de Tarjeta de Débito.																				
<b>Datos de la cuenta bancaria</b> Esta información es únicamente para efectos del trámite solicitado (confidencial)																							
<b>CLABE</b>																							
Para ambas opciones favor de proporcionar su cuenta <b>CLABE</b> de 18 dígitos tal y como aparece en el estado de cuenta proporcionado por su banco.			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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																			
<b>Favor de anexar copia de identificación Oficial.</b>																							

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., desistíendome 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 la actualización de sus datos.*

**Aviso de Privacidad:** En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx), o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Titular de la cuenta bancaria o Asegurado**