

Formato para solicitud de pago-finiquito, por transferencia bancaria de Vida, Accidentes y/o Enfermedades

Por medio de la presente solicito y autorizo a Zurich Vida Compañía de Seguros S.A. para que el Pago de los comprobantes adjuntos cubiertos en la póliza de seguro contratada con dicha compañía de seguros, me sean depositados en la siguiente cuenta bancaria:

Nombre del banco:

No. de Cuenta CLABE (18 dígitos):

Nombre completo del Titular de la cuenta bancaria:

R.F.C.

Nota: Estimado Asegurado, es importante que escriba el número de cuenta completo (no deberá quedar ningún espacio en blanco). Escribir un solo número de cuenta, esto con el propósito de ayudarnos a servirle como usted se merece. Zurich Vida Compañía de Seguros S.A. no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto y no incurrirá en el pago de garantías ni en ninguna responsabilidad. La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionado en cualquier sucursal de su banco. Consta de 18 posiciones y se utiliza en transacciones interbancarias. Es necesario que en la cuenta bancaria de la CLABE aparezca el Titula de la póliza y firme en ella de manera independiente.

Con el comprobante de transferencia exitosa (digital o físico) a la cuenta antes mencionada, reconozco que se ha efectuado el pago por concepto relacionado con el siniestro aquí mencionado, manifestado que con dicha cantidad Zurich Vida Compañía de Seguros S.A. nada me adeuda y que con dicha cantidad se da por totalmente pagado cualquier prestación legal o contractual que pudiera tener derecho.

Nombre o Razón Social del Contratante:

Ramo:

Póliza:

Certificado:

Nombre del Titular:

Nombre del Afectado:

Padecimiento:

No. de Recibos y/o facturas:

Suma de Recibos y/o facturas:

1. El Asegurado libera a la Aseguradora de cualquier otra responsabilidad relacionada con el siniestro indemnizado.
2. El Asegurado no se reserva derecho o acción alguna en contra de la Aseguradora.
3. El Asegurado se subroga a favor de la Aseguradora por la cantidad indemnizada para que esta, si así lo desea, ejercite derechos o acciones en contra de terceros responsables del siniestro. El Asegurado se obliga a auxiliar a la Aseguradora a entablar cualquier demanda o a ejercer cualquier acción ya sea por la vía judicial o extrajudicial, relacionada con el siniestro indemnizado.
4. El Asegurado acepta y reconoce que, con el/los pago(s) en la cuenta bancaria señalada en el párrafo de la parte superior, otorga el más amplio finiquito que en derecho proceda a favor de la Aseguradora condicionado a la comprobación de la indemnización mediante el comprobante (digital o físico); de lo contrario, este y los puntos anteriores no surtirán efectos legales.
5. Declaro bajo protesta de decir verdad que toda la información aquí vertida corresponde a la realidad, haciéndome responsable de la misma y liberando a Zurich Vida Compañía de Seguros S.A. de su uso para los fines de este finiquito.

Fecha:

Día | Mes | Año

Entidad Federativa:

Nombre del Titular

ACEPTO

Nombre del Titular y firma de conformidad

Nombre del Afectado

ACEPTO

Nombre del Afectado y firma de conformidad

Altamente confidencial

"Aviso de Privacidad". "Al informar en este documento sus datos personales, incluyendo aquellos de carácter patrimonial y sensibles, otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo está en www.zurich.com.mx".

Zurich Vida Compañía de Seguros S.A.

Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Avila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 Tel: 55 5284 1000 www.zurich.com.mx