

Formato de Datos para Transferencia Electrónica

DAF-FORDTE-200601-V02

Instrucciones:

1. Todos los espacios son obligatorios
2. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Por este medio solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que se aplique la transferencia o depósito a la siguiente cuenta bancaria:

Datos del contratante:

*Nombre:	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
*Póliza:		*Correo Electrónico:	
*Cuenta Clabe:		*Banco:	

La cuenta CLABE consta de 18 dígitos y se utiliza en transacciones interbancarias, aparece en el estado de cuenta o puede solicitarla en su banco.

Motivo por el que requiere el pago:

Importante:

Es necesario que escriba el número de cuenta completo (no debe quedar ningún espacio en blanco) y deberá proporcionar un solo número de cuenta CLABE, así como anexar un Estado de Cuenta actualizado (No mayor a 3 meses) y una copia de su identificación oficial. Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsabilidad al respecto y emitirá cheque a nombre del Titular de la cuenta bancaria. Plan Seguro S.A. de C.V. Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, colonia jardines del Pedregal, Ciudad de México, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para: La evaluación de Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

Nombre y Firma del contratante

Lugar: Fecha: DÍA MES AÑO

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx

 **Plan Seguro**
Mi salud es hoy