

CONVENIO DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA INTERBANCARIA A ASEGURADOS, PROVEEDORES Y PRESTADORES DE BIENES Y SERVICIOS POR CONCEPTO DE SINIESTROS GASTOS MÉDICOS (MAYORES Y ACCIDENTES PERSONALES).

FECHA: _____

Solicito y autorizo a Seguros Banorte, S. A. de C. V., Grupo Financiero Banorte, para que el pago de los comprobantes (Facturas y recibos de honorarios) que se entreguen a esta compañía por concepto de Reembolso y de Servicios de proveedores, derivados de las pólizas de Seguros de Gastos Médicos (Mayores, Accidentes Personales) atendidas, sean depositados con los datos que a continuación se detallan:

Nombre del Beneficiario y/o Razón Social: _____

R.F.C. _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Banco: _____ Cheques: _____ Maestra: _____ Nómina: _____

No. de Cuenta: _____ No. de Plaza: _____ No. de Sucursal: _____

CLABE Interbancaria (18 dígitos): _____

INDISPENSABLE SI NO ES CUENTA DE BANORTE

Al efectuarse el depósito o transferencia electrónica a la cuenta antes mencionada, reconozco que se ha efectuado el pago que me corresponde, y otorgo a Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte el más amplio finiquito que en derecho proceda para los comprobantes (facturas y recibos de honorarios) que amparen dicho pago.

NOTAS:

- En los casos en que el asegurado, proveedor, y prestador de bienes y servicios decida cambiar de cuenta bancaria para pagos por transferencia, deberá de notificarlo a Seguros Banorte S.A. de C. V., Grupo Financiero Banorte, requisitando nuevamente un formato e indicando claramente a partir de qué fecha se realizarán los pagos en esta nueva cuenta.
- En el caso de Reembolso, sólo se podrá solicitar Transferencia Electrónica al titular de la póliza, se llenará una sola vez, y se anexará copia de éste para cada reclamación diferente.
- En el caso de Pago Directo a Proveedores y Prestadores de bienes y servicios, la cuenta bancaria debe corresponder al nombre del prestador de servicio o a la Razón Social de la empresa. Este formato sólo se llenará una sola vez y deberá incluirse copia de identificación Oficial.

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE, S.A de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro. C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en el sitio web **www.segurosbanorte.com.mx**.

Para cualquier aclaración ponemos a su disposición nuestro Centro de Contacto 01 800 500 2500 y la página de internet: **www.serviciosmedicospjf.com**

☐ Acepto recibir comunicaciones de prospección comercial

☐ No acepto recibir comunicaciones de prospección comercial

Fechado en: _____ el día _____ de _____ de _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

NOMBRE DEL RECLAMANTE Y FIRMA DE CONFORMIDAD