

Formato para solicitud de pago-finiquito, por transferencia bancaria de Vida, Accidentes y 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 deposito 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 proporcionada en cualquier sucursal de su banco. Consta de 18 posiciones y se utiliza en transacciones interbancarias. Es necesario en la cuenta bancaria de la CLABE aparezca el Titular 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, y otorgo a Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda, por este/estos reclamo (s), por lo que no me reservo derecho o acción alguna que ejercitar en contra de Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A.

Número de Póliza:

Ramo:

Certificado:

Nombre del Afectado:

Nombre del Titular:

No. de recibos y/o facturas

Suma de recibos y/o facturas

Sólo para este Trámite ☐ Todos los trámites de este Siniestro ☐

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 ésta, 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) recibido (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, éste 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 Seguro, S.A. de su uso para los fines de este finiquito.

México D.F. a del mes de del 20

RECIBI
Nombre del Titular y firma de conformidad y aceptación

RECIBI
Nombre del Afectado y firma de conformidad y aceptación