

N° Póliza \_\_\_\_\_

N° de siniestro \_\_\_\_\_

Día Mes Año

**DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO**

				Fecha de nacimiento		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Parentesco	DÍA	MES	AÑO
País de nacimiento		Nacionalidad	Ocupación	Domicilio (calle, número exterior e interior, colonia)		
Municipio o alcaldía		Entidad federativa		País		
C.P.	Teléfono (clave de larga distancia)		Teléfono celular	Correo electrónico		
CURP		RFC				
FEA (Cuando cuente con ésta)		Documento con el que se identifica				
¿Tú o un familiar es persona políticamente expuesta?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre (Apellido paterno, apellido materno, nombre)		
Parentesco		Cargo		Dependencia		

**DATOS PARA DEPÓSITO EN CUENTA**

Por este conducto instruyo (instruimos) a BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, para que realice el depósito correspondiente a esta indemnización, vía electrónica a la cuenta y banco aquí mencionado.

La constacia que acredita el depósito de la suma asegurada en la(s) cuenta(s) mencionada(s) será prueba suficiente de que esta institución ha cumplido con todas las obligaciones que derivan de la póliza expresada, por lo que extiendo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho proceda y declaro que no me reservo acción ni derecho alguno que hacer en contra de dicha institución.

Para el caso en el que aparezcan con posterioridad a la fecha en que recibo el pago uno o más beneficiarios y que sean declarados con mejor derecho, me obligo a devolver íntegramente a la aseguradora la cantidad recibida dentro del término de cinco días hábiles siguientes a aquel en que ésta se hizo de mi conocimiento por dicha institución y en caso de no hacerlo seré responsable, además, de los daños y perjuicios que le ocasione a la aseguradora por esa omisión.

**Nombre del Banco**

**Cuenta BBVA Bancomer o Clabe Interbancaria**

BBVA Bancomer Seguro Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, Av. Paseo de la Reforma No. 510, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, recaba sus datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles para verificar su identidad, administrar, operar y dar seguimiento a los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en cualquiera de nuestras oficinas y en [www.bbva.mx](http://www.bbva.mx)

Otorgo mi consentimiento a BBVA Bancomer Seguro Salud S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, para que se traten mis datos personales, patrimoniales, financieros y sensibles de conformidad con el Aviso de Privacidad.

**Firma**

**Nota:**

Si elige como conducto de pago depósito en cuenta, acompañar copia del último estado de cuenta o copia del contrato bancario relacionado con la cuenta de depósito, misma que deberá de estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas de plazo fijo, ni tarjetas de crédito.