

FORMATO DE TRANSFERENCIA BANCARIA BENEFICIARIO

Fecha

Datos del Asegurado o Beneficiario (Titular de la cuenta bancaria)

Tipo de Persona	Ramo		Sucursal
Nombre o Razón Social			
Nombre del Representante Legal (Solo en caso de Persona Moral)			
Número de póliza		Número de siniestro o Nota de Crédito	

Domicilio fiscal y datos del titular de la cuenta bancaria

Calle		No. Ext.	No. Int.
Colonia	C.P.	Teléfono	
Municipio (Alcaldía)	Ciudad	Estado	
Correo electrónico			
R.F.C.	C.U.R.P. (Solamente para Persona Física)		

Información Bancaria

Indicar el tipo de registro que desea realizar: <input type="checkbox"/> Alta de Cuenta CLABE <input type="checkbox"/> Cambio de Cuenta CLABE	
Cuenta CLABE	Referencia (en caso de Cuenta Internacional: ABA, IBAN o SWIFT)
Banco	

Favor de adjuntar copia del estado de cuenta reciente.

AUTORIZACIÓN

Solicito y autorizo a Seguros Atlas, S.A. para que cualquier pago que proceda a mi favor derivado de la relación jurídica o reclamación relacionada con la póliza de seguro respectiva, me sea cubierto mediante transferencia electrónica de acuerdo con los datos que proporciono para ello, mismo que reconozco como válido una vez que el pago esté efectivamente realizado, para todos los efectos legales a los que haya lugar.

Al efectuarse el pago de acuerdo con la forma seleccionada y datos indicados, por el monto que proceda de la reclamación relacionada, o futuras, de conformidad con las condiciones de la póliza correspondiente, reconozco que se ha efectuado el pago, se ha cumplido con la obligación, y en consecuencia otorgo a favor de Seguros Atlas, S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir de Seguros Atlas, S.A., desistiendo en su caso, de las reclamaciones o cualquier otra acción legal ya intentadas o iniciadas en relación con la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

Nota: En caso de que usted cancele o cambie sus datos aquí escritos, será necesario que nos envíe un formato nuevo con la actualización de los mismos.

AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: En apego con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, colonia Bosques de las Lomas, código postal 05120 Ciudad de México, teléfono: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, patrimoniales o financieros aquí recabados serán tratados para todos los fines vinculados con la relación jurídica que se tiene celebrada con usted por virtud del contrato que tenemos celebrado, específicamente para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de referencia y la normatividad aplicable, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El aviso de privacidad integral, en su versión más reciente, así como los mecanismos para hacer valer sus derechos ARCO, estará disponible para su consulta en la página <https://www.segurosatlas.com.mx/AvisoPrivacidad.html>, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos celebrado con Usted.

CONSENTIMIENTO

De manera adicional a lo contemplado por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, otorgo a Seguros Atlas, S.A., para que por conducto de su personal trate, y en su caso transfiera, mis datos personales, los patrimoniales o los financieros para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición en la página <https://www.segurosatlas.com.mx/AvisoPrivacidad.html>.

Nombre y Firma del Titular de la cuenta o
Representante Legal