FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN BANCARIA PARA PAGO VÍA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Nombre del contratante: _____

Número de póliza: _____ **Fecha de reclamación:** ___/___/___

Alta de cuenta (Registrar la información de la sección I y II)				
I. Información general				
Nombre o Razón Social del titular de la cuenta bancaria del asegurado (Se debe escribir conforme aparece en el estado de cuenta bancario)				
Domicilio fiscal del titular de la cuenta bancaria o del asegurado				
Calle:		Colonia:		
No. ext. / No. int.	Municipio o delegación		Ciudad o población	
Entidad federativa	C.P.	Teléfono casa/oficina	Ext.	
R.F.C. (letras, año, mes, día, homoclave)		CURP (18 caractéres)		
Correo electrónico		Celular		
II. Alta de cuentas bancarias				
Seleccione una o las dos siguientes opciones de pago y registre la información solicitada:				
A ☐ **Cuenta de cheques**	Realizar los pagos a una cuenta de cheques			
B ☐ **Tarjeta de débito**	Realizar los pagos a una cuenta de tarjeta de débito			
Datos de la cuenta bancaria Esta información es únicamente para efectos de trámite solicitado (confidencial)				
CLABE				
Para ambas opciones favor de proporcionar su cuenta CLABE de 18 dígitos tal y como aparece en el estado de cuenta proporcionado por su banco. (Anexar copia)	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐			
Nombre del banco	No. de sucursal	No. de plaza		
Favor de anexar copia de identificación oficial vigente.				

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Seguros, S.A. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato de seguro concertado con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada por el monto que proceda de esta y futuras reclamaciones de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago 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 Seguros Atlas, S.A., desistiéndome en su caso, de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

Nota: esta información será utilizada para todos los movimientos solicitados, en caso de cancelación o cambio deberá enviarnos un nuevo formato con la actualización de sus datos.

Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES
(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)
En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-5000, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato 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 propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.
Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO
En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, 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 caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

_____
Nombre y firma del titular de la cuenta bancaria o asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de marzo de 2015, con los números CGEN-S0023-0039-2015, CGEN-S0023-0040-2015, CGEN-S0023-0041-2015 y CGEN-S0023-0042-2015.