

SOLICITUD DE PAGO-FINIQUITO

Orden Transferencia

No. Póliza Beneficiario del pago

Lugar Fecha

De conformidad con la reclamación presentada a esta Aseguradora, relativa a los derechos inherentes a la póliza citada en la referencia; por este medio solicito(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el pago por medio de la forma acordada (transferencia/cheque). En el momento en que reciba(amos) el total del pago, otorgo(amos) a **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándome (reservándonos) derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativo y/o ninguna otra manera, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de **INSIGNIA LIFE, S.A.DE C.V.**, y/o de sus representantes y/o sus apoderados, en el entendido que la suma del pago será recibida de conformidad mediante la forma de pago seleccionada.

DATOS PARA EFECTUAR EL PAGO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

(Agregar copia del estado de cuenta a nombre del beneficiario)

*CLABE Interbancaria de 18 dígitos (Obligatoria)

*No. de cuenta *Banco

*Plaza *Sucursal *Campos obligatorios

Cargo que desempeña en caso de ser una persona moral o representante legal:

Se identifica con (agregar copia del documento):

La anterior información recabada, es únicamente para efectos del trámite solicitado (confidencial).

Aviso de Privacidad de Insignia Life, S.A. de C.V., con domicilio en Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, utilizará sus datos personales recaados para I) evaluación de solicitudes y contratación de productos o servicios; II) cumplir obligaciones de prestación de servicios; III) realizar procedimientos de cobranza; IV) llevar a cabo auditorias a Insignia Life, sus filiales o subsidiarias; V) crear un historial de antigüedad como asegurado; VI) crear bases de datos para la prestación de nuestros servicios; VII) para efectos de suscripción, valoración del riesgo y en su caso la contratación de reaseguros, VIII) contactarlo y atender cualquiera de sus quejas, preguntas o sugerencias, IX) Cumplimiento y respuesta de Entidades o Autoridades financieras y judiciales, X) Obligaciones tributarias y estudios estadísticos. Para mayor información del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de www.insignialife.com.

Nombre completo y firma del Beneficiario del Pago

*En caso de transferencia se deberá anexar estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses, la cuenta deberá estar a nombre del beneficiario del pago.