



Formato de Autorización para Pago por Dispersión

Seguro de Auto

La empresa Aseguradora realizará dicho pago mediante transferencia electrónica en la cuenta que el Beneficiario indica a continuación:

Nombre/Name	
Dirección/ Beneficiary's address	
Banco / Bank name	
Dirección del Banco/Bank address	
CLABE Interbancaria	
RT Code	
Swift Code	
Correo electrónico para notificación/ e-mail	

La Aseguradora realizará el pago siempre y cuando el Beneficiario entregue la documentación requerida:

- Anexar copia del estado de cuenta bancario e identificación oficial con fotografía.
- Adicional para personas morales: Anexar copia del poder legal y carta poder con membrete en caso de ser una persona dife ente al apoderado e identificación oficial con fotografía de ambos.

En nombre propio deseo hacer constar que estoy total y absolutamente de acuerdo, con los procedimientos y métodos de cálculo utilizados para la determinación de las pérdidas, ya que los mismos se sujetaron a los lineamientos establecidos en el contrato de seguro, por lo que no nos reservamos derecho o acción de ninguna índole o naturaleza, ya sea Mercantil, Civil, Penal o Administrativa, en contra de la empresa **Chubb Seguros México, S.A.** y/o empresas Filiales y/o Empresas Subsidiarias o Asociadas o de sus directivos, dependientes, empleados, ex empleados de dicha empresa aseguradora.

Beneficiario

Nombre y Firma