

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO EN CUENTA BANCARIA
DOCUMENTOS PARA TRANSFERENCIA BANCARIA

Fecha <input type="text" value="Día"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/> Alta <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/>	Documentos Personas Físicas <input type="checkbox"/> Identificación Oficial Cédula Fiscal (R.F.C.) Último estado de cuenta bancario	Documentos Personas Morales <input type="checkbox"/> Identificación Oficial Apoderado Cédula Fiscal (R.F.C.) Último estado de cuenta bancario Poder Notarial
---	---	---

DATOS FISCALES DEL PROVEEDOR

Nombre o Razón Social del Proveedor: _____
 Registro Federal de Contribuyentes: _____
 Calle: _____ Número: _____ Colonia: _____
 Municipio: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Nombre y Puesto de la persona que recibe mail: _____

Autorizo a General de Seguros, S.A.B. y/o General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., para que efectúe a través de transferencia electrónica de fondos en los plazos convenidos previamente, los pagos correspondientes a la prestación de mis servicios conforme a las facturas presentadas para su pago. Para tal efecto proporciono mis datos bancarios.

DATOS BANCARIOS

Nombre del Titular de la Cuenta: _____
 Razón Social del Banco: _____
 Nombre y Número de la Sucursal: _____
 Estado y Municipio de la Sucursal: _____
 Domicilio del Banco: _____
 Nombre de la Plaza / Localidad: _____
 N° de Cuenta Bancaria SPEUA (completar 11 dígitos, consulte a su ejecutivo)

N° de CLABE (completar 18 dígitos, consulte a su ejecutivo)

Tipo de Cuenta: Cheques
 Ahorro

 Nombre y firma del Titular o Apoderado Legal

USO EXCLUSIVO DE GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

Nombre del Solicitante: _____ Estatus: _____
 Recepción en Tesorería: _____ Capturó: _____

 Folio: _____

 Firma de Autorización