

**SOLICITUD EVENTUAL DE PAGO DE SINIESTRO POR TRANSFERENCIA BANCARIA**

(Beneficio contratante)  
FOR-STRO-33-A



Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sres.  
CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. Marcelo T. de Alvear 1541  
C1060AAC BUENOS AIRES

PÓLIZA N° \_\_\_\_\_ SINIESTRO N° \_\_\_\_\_  
ASEGURADO \_\_\_\_\_

De mi consideración:

Por la presente, en mi/nuestro carácter de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (en adelante el "Tomador"), dejo/dejamos constancia en relación al eventual pago de la indemnización por la cobertura de \_\_\_\_\_, correspondiente a la póliza de la referencia, me dirijoa ustedes a fin de confirmarles que el mismo será percibido por esta parte en su carácter de beneficiario en primer término de dicha póliza, importe que deberá ser aplicado por el Tomador de conformidad con el Endoso Beneficiario/Contratante de la citada póliza.

A tal efecto, les solicitamos tengan a bien efectuarlo por transferenciabancaria a la siguiente cuenta, y declaro que dicho eventual pago será total, definitivo y cancelatorio de los beneficios provenientes del seguro antes mencionado (la "Indemnización"):

Banco: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CBU N° (\*) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

*(Completar SÓLO si indica depositar los fondos en una cuenta que NO es de su titularidad)*

Documento de identidad del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Motivo por el que desea se depositen sus fondos en esa cuenta \_\_\_\_\_

Vínculo del Tomador / Asegurado con el titular de la cuenta \_\_\_\_\_

En consecuencia, y de acuerdo con lo previsto en la Póliza de la referencia, una vez percibida la Indemnización CNP Assurances Cía. de Seguros S.A. quedará liberada de toda obligación con relación al citado siniestro, sirviendo el presente de suficiente recibo. El Tomador queda obligado a mantener indemne a CNP Assurances Cía. de Seguros S.A. ante cualquier reclamo originado en el incumplimiento del Tomador asus obligaciones bajo el Endoso Beneficiario/Contratante de la póliza citada.

Saludo cordialmente,

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**ACLARACIÓN**

\_\_\_\_\_  
**DNI N°**

*(\*) Adjuntar comprobante del CBU.*