

SOLICITUD EVENTUAL DE PAGO DE SINIESTRO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

FOR-STRO-20-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:

En relación al eventual pago de la indemnización por la cobertura de _____
_____, correspondiente a la póliza de la referencia, me dirijo a ustedes en mi
carácter de _____, a fin de solicitarles tengan a bien efectuarlo por
transferencia bancaria 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)

Datos de la persona jurídica titular de la cuenta (completar si corresponde):

Nombre/Razón social _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono de la Sede Social _____ CUIT N° _____

Correo electrónico _____ Actividad principal _____

Datos de la persona física titular de la cuenta (completar si corresponde)

Nombres y apellidos completos _____ Sexo F ____ M ____
Nacionalidad _____ Lugar de nacimiento _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Documento Identidad: Tipo _____ N° _____
CUIT/CUIL/CDI _____ Estado civil _____
Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____
C.P _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____
Correo electrónico _____ Actividad principal _____

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, quedarán canceladas en su totalidad y a mi entera satisfacción las obligaciones de CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. derivadas de la referida cobertura.

Saludo cordialmente,

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI N°

(*) Adjuntar comprobante del CBU.