



## Instrucción de Pago por Transferencia Electrónica

\_\_\_\_\_  
 Día Mes Año

Solicito y autorizo a Metlife México, S.A. Para cualquier pago que proceda a mi favor derivado de la prestación de servicios que yo realice, me sea efectuado por transferencia electrónica de fondos, a partir de la recepción de la presente, y subsecuentes reclamaciones, para el efecto, proporciono los siguientes datos.

Nombre: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
 Solo se podrá realizar a cuentas de ahorro, de cheques y tarjeta de debito

Sucursal N°: \_\_\_\_\_ Plaza N°: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Cuenta CLABE: \_\_\_\_\_

Cuenta de correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

Lada: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

DELEGACION/MUNICIPIO

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a la carta de autorización previa, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Metlife México S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda para todos los trámites.

De igual manera, en caso de cancelación o cambio de cuenta será mi responsabilidad notificar por escrito, y presentar datos actualizados de la nueva cuenta bancaria al área autorizada por MetLife México S.A.

**Importante:** Es necesario que la cuenta señalada aparezca a nombre del proveedor médico y firme en ella de forma independiente (No mancomunada).

El que suscribe, solicita y autoriza a suministrar a MetLife México S.A. toda la información con relación a los datos requeridos para registrar la cuenta bancaria, los documentos de esta autorización deberán ser considerados tan efectivos y validos como el original.

\_\_\_\_\_  
 Nombre y Firma del Proveedor Médico.