

Fecha:



Solicitud de Asistencia
En caso de llenado a mano favor de utilizar letra de molde

Datos Beneficiario

En caso de duda o aclaración favor de comunicarse a su asistencia

Nombres (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
--------------	-------------------	-------------------

Número de Póliza	Folio de Servicio
------------------	-------------------

Motivo de la solicitud de la Asistencia:

Dirección:

Calle:	No. Exterior	No. Interior:	Colonia:
--------	--------------	---------------	----------

Municipio / Alcaldía:	Entidad Federativa:	Código Postal:
-----------------------	---------------------	----------------

No. Celular (a 10 dígitos)	No. Teléfono fijo (a 10 dígitos)
----------------------------	----------------------------------

Correo electrónico:

Datos Proveedor del beneficiario (Para el depósito de la Asistencia)

Proveedor: en caso de duda o aclaración favor de comunicarse al número _____

Persona Moral :

Razón Social:	
Nombre Comercial:	Registro Federal de Contribuyentes:

Persona Física :

Nombres (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
--------------	-------------------	-------------------

Registro Federal de Contribuyentes:	Nombre del técnico que atendió el servicio:
-------------------------------------	---

Domicilio Fiscal:

Calle:	No. Exterior	No. Interior:	Colonia:
--------	--------------	---------------	----------

Municipio / Alcaldía:	Entidad Federativa:	Código Postal:
-----------------------	---------------------	----------------

Continúa: Datos Proveedor del beneficiario (Para el depósito de la Asistencia)

No. Celular (a 10 dígitos)	No. Teléfono fijo (a 10 dígitos)
----------------------------	----------------------------------

Correo electrónico:

Datos bancarios:

Banco:	Nombre del beneficiario de la cuenta:
--------	---------------------------------------

Favor de validar que su cuenta bancaria se encuentre activa, consideré que si tiene algún crédito el depósito que se le realizará podría ser tomado por su banco.

CLABE interbancaria de 18 dígitos	Tarjeta de Débito con núm. del plástico de 16 dígitos
-----------------------------------	---

Número de cuenta	BANORTE: Se requiere número de cuenta y CLABE Interbancaria Santander: Se requiere CLABE Interbancaria
------------------	---

Descripción del servicio (adjuntar fotografías de antes y después de prestar el servicio):

Favor de facturar con base a los siguientes datos:

Razón Social:	RFC
TM-ASSISTANCE S.A. DE C.V.	TMA130227K13
Domicilio Fiscal:	
Benito Juárez No. 11, Local 4, Colonia Reforma, Municipio de San Mateo Atenco, México C.P. 52120.	

*El plazo para la aplicación de su depósito es de 5 a 7 días hábiles a partir de haber recibido su información y documentación **completa y correcta.***

Nombre del cliente: _____
<p>declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos y hechos por los cuales solicito el pago de la asistencia son verídicos y que en caso de proceder, será pagados directamente al proveedor que prestó el servicio de asistencia, por lo que desde este acto deslindo a mi asistenciadora de cualquier obligación o responsabilidad referente a esta solicitud y servicio y dándome por cubierto con el servicio solicitado.</p> <p>Requisitos para procedencia del pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Encontrarse dentro de los términos y condiciones del producto. * Presentar la solicitud de Asistencia dentro del término indicado en sus términos y condiciones o dentro de los tres días contados a partir de la fecha de solicitud de su servicio de asistencia. * Acreditar fehacientemente el motivo de la solicitud del pago (fotografías y narración de hechos). * Adjuntar a la solicitud, factura o nota de remisión a nombre de TM-ASSISTANCE S.A. DE C.V. * Proporcionar datos de Proveedor (RFC, nombre, teléfono, correo electrónico, domicilio y datos bancarios) * En ningún caso se proporcionará el pago en efectivo. * Adjuntar comprobante de pago del servicio de asistencia. * En caso de omitir alguno de los requisitos antes señalados no procederá la solicitud de pago.

Los información será tratada de conformidad con nuestro aviso de privacidad para el tratamiento de datos personales, el cual puede consultar en: avisodeprivacidad@telasist.com o llamando al número 01800 200 2300.