

Oficina: _____

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre completo	_____		
CI / RUC:	_____	Dirección: _____	
Ciudad:	_____	Teléfono: _____	Email: _____
DATOS DEL PAGADOR (si es diferente al asegurado)			
Nombre completo	_____		
CI / RUC:	_____	Dirección: _____	
Ciudad:	_____	Teléfono: _____	Email: _____



AUTORIZACIÓN DE DÉBITO
(cumplimentar y firmar por el pagador)

Yo, _____ con cédula de identidad / RUC número _____ autorizo a debitar en mi:

Cuenta de Ahorros número: _____ Banco: _____

Cuenta de Corriente número: _____ Banco: _____

Visa Master Card American Express Diners Club Discover

Tarjeta de Crédito número: _____ Banco: _____

Fecha de caducidad: [] []
mes año

por valor de US\$ _____, en concepto de pago de primas de mi póliza de seguro núm. _____ y acreditar dichos valores en la cuenta que indique MAPFRE Atlas Compañía de Seguros, S.A.

Periodicidad del pago: Mensual Anual Número de pagos:

Me comprometo a no revocar la presente autorización, sin el previo acuerdo con MAPFRE Atlas Compañía de Seguros S.A. Desde ya me comprometo a mantener saldo suficiente en mi tarjeta de crédito o cuenta de ahorro y/o corriente, para el débito correspondiente en las fechas acordadas, y acepto que se realice el débito en otras fechas si por carecer de fondos o por otras razones de fuerza mayor no se puede efectuar el cobro en las fechas pactadas. En caso de no poder efectuar el débito y que se acumulen varias cuotas, autorizo a que se debiten las mismas. Por otra parte acepto que se de por terminado el contrato y que sea retirada mi cobertura del seguro de acuerdo al contrato de seguros suscrito "clausula pago de cuotas", después de que la Aseguradora no pueda recaudar las cuotas respectivas por fondos insuficientes, cancelación de la cuenta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a ella.

En caso de pérdida, robo o cualquier circunstancia por el cual fuere cambiado mi número de cuenta de ahorros / corriente / tarjeta de crédito me comprometo a notificar el nuevo número y a firmar una nueva autorización para que se efectúen los débitos correspondientes.

Autorizo a la entidad financiera a efectuar todos los pagos relacionados con mi Póliza de seguros contratada, así como las posteriores primas generadas por pólizas nuevas o renovaciones.

La prima acordada podrá ser reajustada anualmente de acuerdo a las condiciones del mercado o siniestralidad de la persona asegurada.

Firma del Pagador: _____ Ciudad y Fecha: _____

BANCO O EMISOR DE LA TARJETA

