



WorldWide
Medical

Autorización de Débitos Automáticos ACH

Fecha de emisión: _____ / _____ / _____ Número de la Empresa:

0	0	7	0	2	7	3	3	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Por este medio autorizo(amos) a: **WorldWide Medical Assurance**, (en los sucesivo LA EMPRESA), para que en mi (nuestro) nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece debajo (en los sucesivo EL BANCO), que realice débitos de mi (nuestra) cuenta: CORRIENTE AHORROS indicada a continuación por los montos también indicados a continuación, y, a la vez, autorizo a EL BANCO para debitar de la referida cuenta, la suma que LA EMPRESA solicite según lo antes indicado. Queda entendido que dichas sumas serán debitadas siempre y cuando en la cuenta antes indicada se mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegare a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA si haber la suficiente provisión de fondos en la cuneta, declaro(amos) y convengo(imos) que me(nos) hago(cemos) responsable(s) de cualquier sobregiro que resulte y acepto(amos) como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto al importe adeudado, obligándome(nos) a parar a EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulte por motivo del sobregiro y convenimos) en depositar inmediatamente en EL BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro.

Banco Recibidor: _____ Ruta y Transito:

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

Número de cuenta: _____ Por la suma de \$ _____

Monto autorizado en letras: _____

Monto variable máximo por transacción

En consideración a los servicios de débitos de la cuenta que proveerá EL BANCO conforme a la presente autorización, por este medio relevo(amos) a EL BANCO de toda responsabilidad en relación con cualquier acto que realice conforme a la presente autorización o en caso de que, por cualquier causa, no se hiciere en débito, o no se efectuare el pago de la suma solicitada por LA EMPRESA.

Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha especificada a continuación o hasta que EL BANCO reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma firmada por la(s) persona(as) autorizada(s) para el manejo de la cuenta.

Nombre(s): _____

Cédula o R.U.C.: _____

Firma: _____

Fecha de expiración: _____ / _____ / _____
DÍA MES AÑO

Para una sola transacción