

COMPAÑÍA DE SEGUROS

AUTORIZACIÓN DE DEBITOS AUTOMÁTICOS ACH

FECHA DE EMISIÓN

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 NÚMERO DE EMPRESA

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

Por este medio autorizo a *******SAGICOR PANAMA, S.A.******* (en lo sucesivo LA EMPRESA) para que en mi nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece abajo (en lo sucesivo EL BANCO), que realice descuentos de mi cuenta: corriente ahorros indicada a continuación, en los períodos también indicados abajo 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 la cuenta antes mencionada mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegase a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro y convengo que me hago responsable de cualquier sobregiro que resulte y acepto como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto a importe adeudado, obligándome a pagar a EL BANCO todos los cargos, incluyendo intereses, que resulten por motivo de sobregiro y convengo en depositar inmediatamente en el BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro.

Banco receptor _____ Ruta y tránsito

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

Número de cuenta _____ Por la suma de B/. _____

Monto autorizado (en letras) _____

Monto variable máximo Monto Fijo

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

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

Nombre del titular de la cuenta _____

Cédula(s) o RUC _____

Teléfono(s) _____ e-mail _____

Firma(s) _____

Nombre del asegurado _____

N.º de solicitud _____ N.º de póliza _____

Frecuencia de descuentos Mensual Trimestral Semestral Anual

Fecha de descuento 15 30