



AUTORIZACIÓN DÉBITOS DE PAGO DE PRIMAS A TRAVÉS DE INSTITUCIONES BANCARIAS

Señores: (nombre del Banco o de la Tarjeta de Crédito y su correspondiente Banco Emisor) En razón a que acordamos con SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Ramo: Póliza Programa de Seguros
Inclusiones y futuros movimientos que generan primas (marque una X si desea esta opción) a través de su Institución, yo (nombre del solicitante y/o asegurado)
les autorizo a que me sea debitada de mi cuenta: (marque una X);

Cuenta Corriente

Cuenta de Ahorros

No.

La suma total de \$

(Letras y números); con cuota inicial de Y la diferencia en
(Número de cuotas) cuota (s) por un valor de \$ cada una; en las fechas de vencimiento.

Este valor será acreditado por ustedes a la Cuenta Corriente a nombre de Sweaden Compañía de Seguros S.A.

Desde ya me comprometo a efectuar los pagos de mi tarjeta de crédito al día o a mantener en mi cuenta corriente o de ahorros, el monto correspondiente en las fechas acordadas y acepto a que se efectúen en otras fechas por carecer de fondos o si por razones de fuerza mayor no se puede efectuar el débito en las fechas pactadas. En caso de no poder efectuar el débito y que se acumule varias cuotas autorizo a que se debite en una sola vez.

Por otra parte acepto, a que se dé por terminado el contrato y conozco que me será retirada la cobertura de seguros, si después de que la Aseguradora realice más de dos débitos seguidos, no puede recaudar las cuotas respectivas por fondos insuficientes o cancelación de la cuota o cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a ella.

De igual manera, me comprometo a informar inmediatamente en caso de pérdida, robo o cualquier circunstancia por la cual fuere, el nuevo número de tarjeta de crédito para que se realice con normalidad de pagos de primas de los seguros pendientes, así mismo deslindo a la Compañía la obligatoriedad de cobertura en caso de no realizar los pagos.

Cualquier instrucción para que se invalide esta autorización, la presentaré con treinta (30) días de anticipación a SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Adicionalmente autorizo a Sweaden Compañía de Seguros S.A. a solicitar referencias Crediticias sobre el manejo de cuentas en las Instituciones Financieras, deslindo de cualquier responsabilidad a las entidades Financieras consultadas, sin que pueda alegar de mi parte violación a las normas que establecen la reserva y el sigilo bancario.

Siempre y cuando mantengan mi cuenta y mis saldos al día, eximo al Banco de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por Sweaden Compañía de Seguros S. A., por lo cual desde ya renuncio cualquier acción en contra de la Institución.

Nota: Adjuntar copia de cédula, copia de tarjeta de crédito del anverso y nombramiento si fuere el caso. (No entregar su clave).

Lugar y fecha

Nombre

C.I.

FIRMA:.....