

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Yo _____ con cédula de ciudadanía N° _____ ,
autorizo a cobrar el valor total de \$ _____ generado por obligaciones contraídas con la
compañía SEGUROS UNIDOS S.A., derivados de la prestación de servicios a mi favor, según
póliza de seguros N° _____ por el valor total de \$ _____ :

Tarjeta de Crédito (favor marque):



Número de tarjeta _____

Banco _____

Fecha de caducidad _____

Código de seguridad _____

Diferido meses sin intereses (puede ser de 1-12 meses)

Débito recurrente meses (según emisión de la póliza)

En caso de que el pagador no sea el asegurado, es necesario llenar la siguiente información:

Parentesco _____

N° de cédula _____ Teléfono _____

Nombre completo _____

Tarjeta de Débito (favor marque):



Número de tarjeta _____

Banco _____

Fecha de caducidad _____

Código de seguridad _____

Diferido meses sin intereses

En caso de que el pagador no sea el asegurado, es necesario llenar la siguiente información:

Parentesco _____

N° de cédula _____ Teléfono _____

Nombre completo _____



Cuenta corriente o de ahorros (de cualquier banco o cooperativa a nivel nacional):

Tipo de Cuenta	Corriente <input type="radio"/>	Ahorros <input type="radio"/>
Número de cuenta	_____	
Banco o Cooperativa	_____	
Cuota 1	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 2	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 3	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 4	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 5	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 6	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 7	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 8	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 9	Vencimiento _____	Valor _____
Cuota 10	Vencimiento _____	Valor _____

En caso de que el pagador no sea el asegurado, es necesario llenar la siguiente información:

Parentesco	_____	
N° de cédula	_____	Teléfono _____
Nombre completo	_____	

Desde ya me comprometo a mantener en mi cuenta corriente, de ahorros, tarjeta de crédito, 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 pueden efectuar los débitos en las fechas pactadas. En caso de no poderse efectuar el débito y que se acumulen varias cuotas autorizo que se debitan en una sola vez. Por otra parte, acepto a que se dé por terminado el contrato y conozco que se me será retirada la cobertura de Seguro, si después de que la Aseguradora haga los intentos de débitos por varias ocasiones y no pueda recaudar las cuotas respectivas por fondos insuficientes, cancelación de la cuenta/tarjeta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a ella. Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con 30 días de anticipación a SEGUROS UNIDOS S.A., para que se invalide esta autorización. Siempre y cuando mantenga mi cuenta y mis saldos al día, eximo a la Entidad Financiera de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por Seguros Unidos S.A., por lo cual desde ya renuncio a cualquier acción en contra de la institución.

Firma del Asegurado

Firma del pagador

Ciudad, dd-mmm-aaaa