



## 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 \_\_\_\_\_

QUITO: Santa María E4-333 y Av. Amazonas Esq. Edificio Tarqui 7mo Piso. PBX: (593-2) 6007-700 – Casilla 1703-73  
GUAYAQUIL: Av. 9 de octubre 1911 y Esmeraldas, Edificio Finansur, 9no Piso. PBX: (593-4) 6007-700  
CUENCA: Av. Gran Colombia 22-252 y de los Manzaneros. PBX: (593-7) 2840-080



**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