MAPFRE

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA O TARJETA DE CRÉDITO

Nombre: _____ **Cédula /RUC:** _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono /Celular:** _____

MEDIO DE PAGO

☐ **Cuenta de Ahorros** ☐ **Cuenta Corriente** ☐ **Tarjeta de Crédito** **Banco/Tipo de Tarjeta:** _____

N° de Cuenta/Tarjeta:

Fecha de caducidad:

MES	AÑO

DECLARACIÓN

En calidad de titular de la cuenta/tarjeta arriba descrita, autorizo expresamente a MAPFRE Atlas Compañía de Seguros S.A. para que realice el débito automático de los valores correspondientes por concepto de pago de primas.

☐ **Todas las pólizas y suplementos**

☐ **Sólo la siguiente póliza y sus suplementos:**

N° de póliza: _____

Periodicidad de pago: ☐ **Mensual** ☐ **Anual** **Día de pago:** ☐

Llenar solo en caso de que el Asegurado no sea el Pagador

Asegurado: _____

Cédula /RUC: _____

Parentesco/Relación: _____

Me comprometo a no revocar la presente autorización, sin el previo acuerdo con MAPFRE Atlas Compañía de Seguros S.A. En caso de no poder efectuar el débito automático por fondos insuficientes, cancelación de la cuenta/tarjeta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a la compañía de seguros, acepto que: A) Se realice el débito en otras fechas, B) Que se debiten varias cuotas acumuladas y C) Que se dé por terminado el contrato de seguro y que sea retirada la cobertura de acuerdo lo indicado en la cláusula "Pago de cuotas".

En caso de pérdida, robo o cualquier circunstancia por el cual fuere cambiado mi número de cuenta/tarjeta me comprometo a notificar el nuevo número y a firmar una nueva autorización para que se efectúen los débitos correspondientes.

Autorizo a la entidad financiera a efectuar todos los pagos relacionados con mi Póliza de seguros contratada, así como las posteriores primas generadas por pólizas nuevas o renovaciones. La prima acordada podrá ser reajustada anualmente de acuerdo a las condiciones del mercado o siniestralidad de la persona asegurada.

_____ **Firma del titular de la cuenta/tarjeta**

_____ **Ciudad y fecha**

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

Habiendo sido notificado de las consecuencias que derivan de la siguiente afirmación, declaro expresamente haber revisado la información suministrada por el cliente o contratante.

Nombre del asesor de seguros: ☐ **Nombre del funcionario de MAPFRE:** ☐

Nº de credencial: ☐ **Agencia/Área:** ☐

_____ **Firma del asesor**

_____ **Firma del funcionario**

Fecha de actualización: Junio-2022