



**AUTORIZACION DE DEBITO BANCARIO POR PAGO DE PRIMAS
A TRAVÉS DE INSTITUCIONES BANCARIAS**

RECUERDE: ES OBLIGACION DEL ASEGURADO ENTREGAR ESTE DOCUMENTO LLENO Y FIRMADO A LA ASEGURADORA

Señores, Banco Internacional En razón a que acordamos con la
compañía AMA AMERCIA SEGUROS, el pago de la prima de:

Póliza No. _____ Inclusiones y futuros movimientos que generen primas. SI NO

YO, _____ (Nombre del solicitante y/o asegurado) portador de C.C. /

RUC No. _____, autorizo a que se debite de mi cuenta.

Banco

CORRIENTE AHORROS TARJETA No. _____

TIPO DE TARJETA:

DINERS VISA MASTERCARD

OTRAS FECHA DE CADUCIDAD
(TARJETA DE CREDITO) (MES) (AÑO)

CODIGO DE SEGURIDAD

La suma total de _____ Cuota inicial anual (incluido impuestos) _____

y el saldo en _____ (Número de cuotas) de _____ cada una el 1 o 30 de cada mes

Desde ya me comprometo a mantener el saldo suficiente en mi tarjeta de crédito o cuenta de ahorros / corriente, para el débito correspondiente en las fechas acordadas (15 o 30) y acepto que se realice el débito en otras fechas si por carecer de fondos o por otras razones de fuerza mayor no se puede efectuar el cobro en las fechas acordadas. En caso de no poder efectuar el débito y que se acumulen varias cuotas, autorizo a que se debite, en una sola vez.

Por otra parte, acepto a que se de por terminado el contrato y conozco que me será retirada la cobertura del seguro, si después de que la Aseguradora no pueda recaudar las cuotas respectivas por fondos insuficientes, cancelación de la cuenta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a ella durante tres quincenas seguidas y llegando a tener 45 días vencido una o más cuotas. Cualquier instrucción para que se invalide esta autorización de débito la presentaré con 30 días de anticipación a AMA AMERICA SEGUROS, y a ustedes siempre y cuando se mantenga mi cuenta y mis saldos al día, eximo a la entidad financiera de cualquier responsabilidad por la cuotas respotadas por AMA AMERCIA SEGUROS, por lo que cualquier error que impida realizar los débitos, no serán imputables a la Aseguradora ni a la Institución Financiera.

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

CI/RUC: _____

FIRMA DEL CLIENTE: _____