**AUTORIZACIÓN DÉBITOS DE PAGO DE PRIMAS A TRAVÉS DE INSTITUCIONES BANCARIAS**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Señores:  | (Nombre de 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 con X si desea esta opción)  |
| a través de su Institución, Yo |   | (Nombre de asegurado) |
| les autorizo a que me sea debitada de mi cuenta: (marque una X ); |
| Cuenta Corriente |   | Cuenta Ahorros |   |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  | **N°** |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 que constan en la Póliza. |

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

Desde ya me comprometo 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 que la cuenta sea inhabilitada, entregar un nuevo número de cuenta, 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, y nombramiento si fuere el caso.

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha: |   |
| Nombre: |   |
| CI: |   |
|  |  |  |  |
| FIRMA: |   |