

Autorización de Débito

Fecha: Nombres completos del asegurado:

Yo, con C.I./ Pass/ RUC:

(nombre completo del propietario de la cuenta bancaria / tarjeta)

autorizo a Seguros Atlántida S.A. el cobro de la prima generada por la póliza contratada. Forma de pago:

Contado: Diferido:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 meses

Plan de pago: (1 a 10 cuotas, valor mínimo por cuota \$50,00)

Valor Total Prima: USD \$

INFORMACIÓN REQUERIDA

Cuenta Bancaria

Nombre de Institución Financiera:

Tipo de cuenta: Corriente: Ahorros: N° de cuenta:

Tarjeta de Crédito

Tipo de tarjeta: MasterCard: Visa: Diners: American Express: Discover:

N° de tarjeta

Banco emisor:

Fecha vencimiento tarjeta:

IMPORTANTE

La autorización de débito será renovada automáticamente mientras el cliente tenga una póliza con Seguros Atlántida S.A., salvo que el cliente solicite lo contrario.

En caso de no existir fondos suficientes se procederá a realizar intentos consecutivos durante el mes, de no poderse efectuar el débito y que se acumulen varias cuotas, autorizo a que se debiten las cuotas acumuladas que se encuentren vencidas.

Declaro que soy conocedor de que la póliza puede ser cancelada de manera unilateral por la compañía en caso de falta de pago de prima, de conformidad con lo que señala el artículo 713 Código de Comercio.

Cualquier cambio en la cuenta o tarjeta debe ser informada inmediatamente a Seguros Atlántida S.A. para la actualización correspondiente.

Firma Cliente/Pagador

Declaración de origen lícito de recursos

El cliente declara libre y voluntariamente que las transacciones y operaciones que ha efectuado o efectuará con Seguros Atlántida S.A. no provienen ni provendrán de fondos obtenidos de forma ilegítima, ilícita o vinculados con delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo u otros delitos. Los recursos pagados por Seguros Atlántida S.A. serán utilizados de forma lícita.

Autorización

Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Seguros Atlántida S.A., para que en cualquier momento confirme la información por mí proporcionada, de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información cuando sea requerida formalmente por autoridades competentes, organismos de control y otras instituciones o personas jurídicas, legal o reglamentariamente facultadas. También autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro. La falsedad, omisión, error o reticencia de las declaraciones contenidas son causal de nulidad.

De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y su Reglamento, expresamente acepto y autorizo a Seguros Atlántida S.A. para que la información que he proporcionado en el presente documento sea almacenada, analizada, transferida o utilizada, en servidores tanto nacionales como internacionales, y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la Compañía; salvo notificación expresa en contrario y por escrito.