

# FORMULARIO AUTORIZACIÓN DE DÉBITO PAGA EL ASEGURADO

Yo, \_\_\_\_\_ con cédula de identidad ( ) o pasaporte ( ) No. \_\_\_\_\_ autorizo a SEGUROS DEL PICHINCHA debitar de mi:

Cta. de ahorros  Cta. Corriente  Tarjeta de crédito









No. \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_  
el valor de \_\_\_\_\_ incluido impuestos:

Con la frecuencia de pago: mensual:  trimestral:  semestral:  anual:

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

De acuerdo a la modalidad de pago escogida, el valor la prima que cause el seguro objeto de esta póliza y las primas que ajuste o fije en el futuro **SEGUROS DEL PICHINCHA** por primas extraordinarias y/o recurrentes. En caso de encontrarme en mora de una o más primas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago se comunique por escrito, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes detallados, inclusive en las posteriores renovaciones de la misma.

Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por **SEGUROS DEL PICHINCHA**, por lo cual desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiere de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta.

Reconozco que la vigencia de la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las primas correspondientes, en los términos previstos en la póliza.

## SECCIÓN - FIRMAS

Como constancia de haber leído y entendido, acepto el contenido de la presente solicitud y declaro que la información que ha suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será utilizada por **SEGUROS DEL PICHINCHA** para la emisión de pólizas de seguros:

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Titular de la cuenta o tarjeta  
No. Cédula: \_\_\_\_\_

El pagador de la cuenta deberá adjuntar la copia a color de la cédula.

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-52-872004420-11032021 el 11-03-2021