Autorización para Débitos Automáticos - ACH

VIVIR Seguros

Fecha de emisión: ____ ____ ____ Número de la empresa __________ Vigencia póliza ____ ____ ____

Por este medio autorizo a **Vivir Compañía de Seguros, S. A. (en lo sucesivo LA EMPRESA)** para que en mi nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece abajo (en lo sucesivo EL BANCO), que realice débitos a mi cuenta: ☐ Corriente ☐ Ahorros indicada a continuación y por los montos también indicados. A la vez autorizo a EL BANCO para debitar de la referida cuenta la suma que LA EMPRESA solicite según lo especificado en este formulario. Queda entendido que dichas sumas serán debitadas siempre y cuando en la cuenta exista la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegara a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro y convengo que me hago responsable de cualquier sobregiro que resulte y acepto como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto al importe adeudado, obligándome a pagar a EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulten por motivo del sobregiro, y convengo en depositar inmediatamente en EL BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro.

Banco recibidor __________ Ruta y tránsito __________

Número de cuenta __________ Por la suma de B/. ______ . ___

Monto autorizado en letras __________

Los cargos serán realizados los días 1ro. de cada mes

En consideración a los servicios de débitos de la cuenta que proveerá EL BANCO conforme a la presente autorización, por este medio relevo a EL BANCO de toda responsabilidad en relación con cualquier acto que realice conforme a la presente autorización o en caso de que, por cualquier causa, no se hiciere el débito o no se efectuase el pago de la suma solicitada por LA EMPRESA.

Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de expiración especificada a continuación, o hasta que EL BANCO reciba notificaciónj escrita sobre la terminación de la misma firmada por la (s) persona (s) autorizada (s) para el manejo de la cuenta.

Nombre __________ Póliza No. __________

Cédula o RUC __________ DV __________

Firma (s) ______________________ Aplica para varias transacciones ☐

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Revisado y Aprobado 12/2018