

# Cambio de Medio de Pago

*Personas Físicas o Jurídicas*

---

## 1. Importante

Fecha \_\_\_\_\_

Todos los campos son obligatorios. El presente formulario solo sera valido cuando el tomador y el pagador sean la misma persona. Le agradeceremos contestar las preguntas con precisión y de manera completa. Si no hubiera espacio suficiente para alguna respuesta, por favor continúe en una hoja de papel aparte y adjúntela al presente. En caso de ser necesario nos reservamos el derecho de solicitar más detalles en base a las respuestas brindadas.

## 2. Datos Generales

Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Tomador o Razón Social \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Tomador Conjunto (de corresponder) \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Tercero Pagador (de corresponder) \_\_\_\_\_

## 3. Autorización para débito - pago local

Autorizo a Zurich International Life Limited Sucursal Argentina a solicitar el débito de mi tarjeta de crédito / cuenta bancaria por los importes correspondientes a la prima de seguro de vida según los términos acordados oportunamente. Esta autorización estará vigente hasta tanto el titular de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria notifique por escrito a la Compañía, con una antelación mayor a 30 días, su deseo de dar de baja el débito automático o directo según corresponda.

a) Débito automático en tarjeta de crédito (únicamente para pago de prima regular)

Nombre completo del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

Tipo de tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Nº de Tarjeta \_\_\_\_\_

b) Débito directo en cuenta bancaria:

Nombre completo del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

C.B.U. Nº \_\_\_\_\_

Se solicitará presentar aval de medio de pago.

#### 4. Firma del Solicitante y Solicitante Conjunto (si correspondiera)

Las declaraciones manifestadas en esta Solicitud, así también la documentación acompañada son verdaderas. Asimismo, dejo constancia que no he omitido información que pudiera impedir o modificar las condiciones del contrato que solicito.

Conozco los requisitos de información / documentación que serán solicitados, por disposición de las normas de control y prevención de lavado de dinero, al momento de cualquier pago que deba realizarse por causa o en razón de la póliza, y/o al momento de realizarse cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados.

Los datos serán registrados y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios de las empresas Zurich en la Argentina. El Solicitante podrá acceder a dichos datos libremente, rectificarlos y/o suprimirlos cuando correspondiera (art. 6 de la Ley de Protección de los Datos Personales N° 25.326/00). Las obligaciones de Zurich International Life Limited Sucursal Argentina comenzarán cuando se reciba esta Solicitud junto con cualquier otro formulario complementario y el pago inicial total y la Compañía haya notificado su aceptación.

<hr/>	Aclaración
Firma del Tomador o Representante Legal	<hr/>
	Tipo y N° de documento
	<hr/>
<hr/>	Aclaración
Firma del Tomador Conjunto o Apoderado	<hr/>
	Tipo y N° de documento
	<hr/>
<hr/>	Aclaración
Firma del Tercero Pagador	<hr/>
	Tipo y N° de documento
	<hr/>