ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.
Av. Eloy Alfaro N40-270 y José Queri
Quito – Ecuador
Teléfonos + 593 989800, 1800 222 000
www.zurichseguros.com.ec

ZURICH®

AUTORIZACIÓN DE DÉBITOS PARA PAGO DE PRIMAS A TRAVÉS DE INSTUTICIONES FINANCIERAS

Nro. _____

Recuerde: Es obligación del Asegurado entregar este documento lleno y firmado a la Aseguradora.

Señores:

_____
(Nombre del Banco)
Presente.

_____
Lugar y fecha

Yo,_____**portador de C.C. / RUC Nro.** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

y con domicilio en_____**, autorizo a ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. a ordenar en mi nombre,**

que se debite de mi cuenta: Corriente ☐ Ahorros ☐ o Tarjeta ☐ **Nro.:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tipo de tarjeta: ☐ Diners ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ American Express ☐ Otra _____

Fecha de caducidad: ☐☐ ☐☐☐☐
(Tarjeta de crédito)

El valor que corresponde al monto total de la(s) prima(s) generada(s) por la(s) póliza(s) contratada(s) con ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A, inclusive por movimientos futuros que fuesen solicitados por mi de forma posterior a su emisión inicial. Los débitos que autorizo expresamente realizar serán efectuados los días _____de cada mes, de acuerdo al plan de pagos convenido con la Aseguradora en las condiciones particulares de la(s) póliza(s) que se detallan a continuación, y los movimientos futuros, en caso de haberlos:

Nro. de póliza	Ramo

El valor que autorizo me sea debitado corresponde al monto total de las primas generadas por las pólizas contratadas con ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A., inclusive por inclusiones futuras que fuesen solicitadas de forma posterior a su emisión inicial; los débitos serán mensuales de acuerdo al plan de pagos convenido en condiciones particulares de las pólizas.
A partir de la firma de este documento, autorizo a que me sean debitadas, en base a la cláusula de renovación automática que consta en mi póliza, todas las primas que facture ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. por las renovaciones que se expidan en el futuro y que garanticen los diferentes riesgos asegurados, sin necesidad de otra autorización adicional y por el monto de la factura que ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. expida. Los valores autorizados a debitar serán acreditados por la Institución Financiera en la cuenta corriente a nombre ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.
Desde ya me comprometo a mantener en mi cuenta, el monto suficiente para cubrir los valores que autorizo me sean debitados mensualmente en las fechas acordadas en el plan de pagos. Asimismo, acepto y autorizo que los valores pactados me sean descontados en otras fechas, en el evento de carecer de fondos en los días programados o si por razones de fuerza mayor no se pueda efectuar el débito en las fechas pactadas. En caso de no poderse efectuar el débito y se acumulen varias cuotas, autorizo expresamente a que el total de las cuotas vencidas se debiten, en una sola vez, de la cuenta de mi propiedad.
Por otra parte, expresamente declaro que reconozco y acepto que se dé por terminado el contrato de seguro y sea retirada la cobertura, si la Aseguradora luego de realizar los intentos de débito por dos meses seguidos, no puede recaudar las cuotas respectivas por fondos insuficientes, cancelación de mi cuenta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a la Aseguradora. Cualquier instrucción para que se invalide esta autorización, la presentaré con (30) días de anticipación a la Aseguradora y a la Institución Financiera a la que dirijo la presente. Si el comprobante de retención en la fuente no es entregado por mi persona a la Aseguradora dentro del plazo de cinco (5) días posteriores a la entrega de la factura respectiva, conforme lo manda la Ley, acepto y autorizo que se debite el valor total de la factura emitida por la Aseguradora.
Siempre y cuando mantenga saldo suficiente en mi cuenta para los débitos que por este medio autorizo realizar, y la Institución Financiera cumpla con sus obligaciones de débito automático y acreditación a la cuenta de ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A., eximo a la Institución Financiera de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas como pendientes por la Aseguradora, por lo cual desde ya renuncio a cualquier acción en contra de la Institución Financiera por este hecho. Asimismo, declaro que reconozco que la información consignada en este documento es de mi absoluta responsabilidad, por lo que cualquier error que impida realizar los débitos, no serán imputables a la Aseguradora ni a la Institución Financiera.
Declaro que los recursos depositados en mi cuenta, con los que cubriré los débitos que autorizo realizar, provienen de operaciones lícitas originadas en mi actividad económica actual, por lo que me comprometo a entregar a la Aseguradora e Institución Financiera, toda información y documentación que requieran para validar lo antes declarado.

Atentamente:

_____
NOMBRE:

_____
C.C:

_____
Firma

_____
Correo electrónico:

NOTA: El presente formulario se adhiere y forma parte integrante de la póliza, en caso de ser esta emitida.