AUTORIZACION DE DEBITO POR PAGO DE PRIMAS
A TRAVES DE INSTITUCIONES BANCARIAS (Individuales)

Señores,..... (Nombre del Banco o Tarjeta de Crédito) En razón a que acordamos con la compañía SEGUROS EQUINOCCIAL S.A. el pago de la prima de:

Póliza:..... Inclusiones y futuros movimientos que generen primas.

☐ SI ☐ NO (Marque con X si desea esta opción).

Yo,..... (Nombre del solicitante y/o asegurado), autorizo a que se debite de mi cuenta:

☐ TARJETA

BANCO EMISOR

Visa No:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ..... Fecha Cad: ____ / ____ / ____

Mastercard No.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ..... Fecha Cad: ____ / ____ / ____

American Express No.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ..... Fecha Cad: ____ / ____ / ____

Diners No.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ..... Fecha Cad: ____ / ____ / ____

☐ BANCO

CUENTA NO.

☐ Ahorros

☐ Corriente

....

La suma total de $ .....en..... (Número de cuotas) de $ ..... cada una

el 15 ☐ o 30 ☐ de cada mes.

La totalidad de las primas adeudadas por pólizas nuevas o renovaciones que se generen.
Este valor será acreditado por ustedes a la Cuenta Corriente a nombre de Seguros Equinoccial S.A.

Desde ya me comprometo a mantener el saldo suficiente en mi tarjeta de crédito o cuenta de ahorros/corriente, para el débito correspondiente en las fechas acordadas (15 o 30) y acepto que se realice el débito en otras fechas si por carecer de fondos o por otras razones de fuerza mayor no se puede efectuar el cobro en las fechas acordadas. En caso de no poder efectuar el débito y que se acumulen varias cuotas, autorizo a que se debite en una sola vez. Por otra parte, acepto a que se de por terminado el contrato y conozco que me será retirada la cobertura del seguro, si después de que la Aseguradora no pueda recaudar las cuotas respectivas por fondos insuficientes, cancelación de la cuenta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a ella durante TRES QUINCENAS seguidas y llegando a tener 45 días vencido una o más cuotas. Cualquier instrucción para que se invalide esta autorización, la presentaré con 30 días de anticipación a SEGUROS EQUINOCCIAL y a ustedes. Siempre y cuando mantenga mi cuenta y mis saldos al día, eximo a la Entidad Financiera de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por SEGUROS EQUINOCCIAL S.A., desde ya renuncio a cualquier acción en contra de la Institución.

Ciudad: .....
Fecha: .....
Nombre: .....
C.I. / RUC: .....

FIRMA DEL CLIENTE: _____

CLIENTE