

DESCUENTO ACH

Nº:

“BANCOS QUE ESTAN EN RED SOLAMENTE”

Asegurados	Nº. Póliza	Monto del Descuento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para cobrar: 15 días 30 días Total de descuento:

A partir del el cliente se compromete a mantener los fondos disponibles.

Corredor: Tel.: Fax:

Cuenta de Ahorro Nº:

Cuenta Corriente Nº:

Nombre del dueño de la cuenta: E-mail:

Teléfonos: Res.: Oficina: Celular:

<p align="center">Para uso en la Oficina</p> <p>Recibido por: <input type="text"/></p> <p>Fecha: <input type="text"/></p> <p>Fecha de envío al banco: <input type="text"/></p>	<p>Observación</p> <p>Yo le autorizo expresamente y de manera irrevocable a SEGUROS FEDPA, S.A. y sus agentes, para consultar, dar, actualizar y solicitar información sobre mi historial de crédito personal y/o de la empresa que represento, en caso de Falta de Pago de este compromiso adquirido, lo cual es convenido y aceptado por el asegurado.</p>
---	---

NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBE SER A MAQUINA O LETRA IMPRENTA NO SE ACEPTARÁN DOCUMENTOS CON TACHONES NI BORRONES. Esta Autorización continuará vigente al momento de renovar la póliza. Solo podrá ser cancelada por mí mediante notificación escrita SEGUROS FEDPA, S.A. a o por opción de la Compañía. En caso de incumplimiento perderá el beneficio del 5% de descuento otorgado por afiliación y tendrá que realizar los pagos por ventanilla. El importe de las primas está sujeto a modificaciones ya sea por el asegurado o por la compañía y serán igualmente presentadas al banco para su cobro, dependiendo de las variaciones en el monto de las primas.

AUTORIZACIÓN DE DEBITOS AUTOMÁTICOS ACH

Fecha de Emisión: / /
Día Mes Año

Número de Empresa:

Por este medio autorizo (amos) a la Compañía SEGUROS FEDPA, S.A. (en lo sucesivo LA EMPRESA), para que en mi (nuestro) nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece abajo (en lo sucesivo EL BANCO), que realice débitos de mi (a nuestra) cuenta: corriente ahorros indicada a continuación por los montos también indicados a continuación y, a la vez, autorizo al EL BANCO para debitar de la referida cuenta, la suma que LA EMPRESA solicite según lo antes indicado. Queda entendido que dichas sumas serán debitadas siempre y cuando en la cuenta antes indicada se mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegue a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro (amos) responsables de cualquier sobregiro que resulte y acepto (amos) como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto al importe adecuado, obligándome (nos) a pagar a EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulten por motivo del sobregiro y convengo (imos) 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: B/.

Monto Autorizado en Letras:

Monto variable máximo Monto Fijo

En consideración a los servicios de débitos de la cuenta que proveerá EL BANCO conforme a la presente autorización, por este medio relevo (amos) 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 hiciera en débito o no se efectuare 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 notificación escrita sobre la terminación de la misma FIRMADA POR LA (s) persona(s) autorizada (s) para el manejo de la cuenta.

Nombre(s) del dueño de la cuenta:

Cédula o R.U.C.: Firma(s):

Fecha(s) de Expiración: Para una transacción

CLAUSULA GENERAL PARA LOS DOCUMENTOS DONDE SE RECOLECTA DATOS PERSONALES DE LOS CLIENTES:

Por el presente documento se entiende que una vez suscrita la solicitud o/y pago de la prima correspondiente, consiento que SEGUROS FEDPA S.A. pueda recolectar, procesar, almacenar, administrar, transmitir y/o utilizar (Tratamiento de los Datos), toda la información relacionada o que pueda asociarse a mí (Datos Personales), para obtener información de cualquiera y todas las fuentes a su alcance, incluyendo entidades de derecho privado y público bajo la jurisdicción de las leyes de la República de Panamá o de cualquier otro país que pueda llevar a cabo una correcta evaluación del riesgo, objeto de la relación contractual o por reclamación como terceros afectados; así como para que sea utilizada bajo los términos consignados en la política de protección de datos señalados mediante enlace <https://www.segfedpa.com/images/Documentos/POLITICAS-DE-PROTECCION-DE-DATOS.pdf>