



La Regional de Seguros

INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado: _____

No. de Póliza(s): _____ Prima: _____ No. de Pagos: _____

No. de Teléfono fijo: _____ Dirección E-mail: _____

No. Teléfono Móvil: _____ Fax: _____



La Regional de Seguros

AUTORIZACIÓN DE DEBITOS AUTOMÁTICOS ACH

Fecha de emisión: Día Mes Año

Número de Empresa:

Por este medio autorizo (amos) _____
(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(nuestra) cuenta: Corriente Ahorros indicada a continuación por los montos también indicados a continuación y, a la vez, autorizo a 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 mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por alguna razón EL BANCO llegare a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber la suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro(amos) y convengo(imos) que me(nos) hago(ce)mos responsable(s) de cualquier sobregiro que resulte y acepto(amos) como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto al importe adeudado, obligándome(nos) a pagar 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 de \$: _____

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 revelo(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) por el manejo de la cuenta.

Nombre(s) del cuentahabiente(s): _____

Cédula o R.U.C.: _____

Firma(s): _____

Fecha de Expiración: _____ Para una sola Transacción

"Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá"