

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO BANCARIO

SEGUROS ALIANZA S.A.

Fecha:	
Ciudad:	

Yo, [REDACTED] con cédula de identidad Nro. [REDACTED] solicito a ustedes se sirvan debitar cada mes de mi cuenta [REDACTED] Nro. [REDACTED] del [REDACTED] el valor de \$ [REDACTED] con fecha [REDACTED] y, [REDACTED] pagos de \$ [REDACTED] cada uno a partir del [REDACTED] por concepto de PAGO DE PÓLIZA DE SEGUROS.

Me comprometo a mantener los fondos suficientes a fin de cubrir los valores cuyos débitos autorizo a través de este documento. Si por falta de fondos este débito no puede efectivizarse, a los 60 días de vencidos Seguros Alianza S.A. podrá cancelar la póliza de seguros según lo establecen las condiciones generales de la póliza.

Cualquier instrucción para dejar sin efecto esta AUTORIZACIÓN DE DÉBITO me obligo a presentarla a Seguros Alianza S.A., al menos 10 días antes de finalizar el mes en curso para que la tramite ante la institución financiera mencionada, siempre y cuando me encuentre al día en mis obligaciones con Seguros Alianza S.A.

Nombre:

Cédula: