

Complete el formulario con letra imprenta o de molde

Nombre del dueño de la cuenta: _____

Tel. Oficina: _____ Tel. Casa: _____

Fax/ e-mail: _____

Nombre del Asegurado	No. Póliza	Monto/ descuento
Total del descuento		

PARA USO DE LA OFICINA	DEPARTAMENTO
Recibido por: _____	
Fecha de envío del banco: _____	
Observaciones: _____	
Fecha efectiva de descuento: _____	

Fecha de emisión: Día ____ Mes _____ Año _____

Número de Empresa:

Por este medio autorizo (amos) a ASSA Compañía de Seguros, 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 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 se mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier 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 (cemos) 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 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 de B/. _____

Monto Autorizado en letras: _____

Monto variable máximo por transacción

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 culaquier causa, no se hiciera en débito o no se efectuase 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.

“Yo como firmante, acepto y otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros (“ASSA”) para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad personal y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, así como lo relacionado a temas de debida diligencia y de prevención de blanqueo de capitales, financiamiento al terrorismo y financiamiento de armas de destrucción masiva, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”

Nombre (s) del Dueño de la Cuenta: _____

Cédula o R.U.C. : _____

Firma (s): _____

Fecha de Expiración: _____ Para una sola transacción: _____