



AUTORIZACIÓN DÉBITOS DE PAGO DE PRIMAS A TRAVÉS DE INSTITUCIONES BANCARIAS

Señores: (nombre del Banco) En razón a que acordamos con
SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. la contratación de la Póliza:

Ramo: Póliza Programa de Seguros
Inclusiones y futuros movimientos que generan primas (marque una X si desea esta opción) a través
de su Institución, Yo (nombre del asegurado) les autorizo a
que me sea debitada de mi cuenta: (marque una X);

Cuenta Corriente

Cuenta de Ahorros

No.

La suma total de \$
.....
(Letras y números); con cuota inicial de Y la diferencia en
(Número de cuotas) cuota (s) por un valor de \$ cada una; en las fechas de vencimiento
que constan en la Poliza.

Este valor será acreditado por ustedes a la Cuenta Corriente a nombre de Sweaden Compañía de Seguros S. A.

Desde ya me comprometo a mantener en mi cuenta corriente o de ahorros, el monto correspondiente en
las fechas acordadas y acepto a que se efectúen en otras fechas por carecer de fondos o si por razones de
fuerza mayor no se puede efectuar el débito en las fechas pactadas. En caso de no poder efectuar el débito
y que se acumule varias cuotas autorizo a que se debite en una sola vez.

Por otra parte acepto, a que se dé por terminado el contrato y conozco que me será retirada la cobertura de
seguros, si después de que la Aseguradora realice más de dos débitos seguidos, no puede recaudar las cuotas
respectivas por fondos insuficientes o cancelación de la cuota o cambio de la misma o cualquier otra
causa no imputable a ella.

De igual manera, me comprometo a informar inmediatamente en caso de que la cuenta sea
inhabilitada, entregar un nuevo número de cuenta, para que se realice con normalidad de pagos de
primas de los seguros pendientes, así mismo deslindo a la Compañía la obligatoriedad de cobertura
en caso de no realizar los pagos.

Cualquier instrucción para que se invalide esta autorización, la presentaré con treinta (30) días de
anticipación a Sweaden Compañía de Seguros S.A.

Adicionalmente autorizo a Sweaden Compañía de Seguros S.A. a solicitar referencias Crediticias
sobre el manejo de cuentas en las Instituciones Financieras, deslindo de cualquier responsabilidad
a las entidades Financieras consultadas, sin que pueda alegar de mi parte violación a las normas
que establecen la reserva y el sigilo bancario.

Siempre y cuando mantengan mi cuenta y mis saldos al día, eximo al Banco de cualquier responsabilidad
por las cuotas reportadas por Sweaden Compañía de Seguros S. A., por lo cual desde ya renuncio
cualquier acción en contra de la Institución.

Nota: Adjuntar copia de cédula, y nombramiento si fuere el caso.

Lugar y fecha

Nombre

C.I.

FIRMA:.....