

AUTORIZACIÓN DE DEBITOS AUTOMATICOS ACH

Fecha de Emisión:				Número de la Empresa								
	Día	Mes	Año	0	0	7	0	2	7	6	1	0

Por este medio autorizo (amos) a **ALIADO 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 (nuestra)

Cuenta: o Corriente o 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 EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulte por motivo del sobregiro y convengo(imos) en depositar inmediatamente en EL BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro

Banco receptor _____ Ruta y Tránsito

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta _____ **Por la suma de \$** _____

Monto variable máximo por transacción 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 cacto 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) autorizadas(s) para el manejo de la cuenta.

Nombre	Cédula o RUC	Firma
Fecha de expiración	En caso de ser para una sola transacción marcar esta casilla <input type="radio"/>	Teléfonos

ALIADO SEGUROS, S.A. debitara de mi (nuestra) cuenta según el formulario antes completado y cargarla las primas de las siguientes Póliza de Seguros a partir del _____ con frecuencia Mensual Trimestral Semestral Anual

ASEGURADO	No. DE PÓLIZA	MONTOS AUTORIZADOS
		B/.

Este formulario deberá ser completado y entregado a ALIADO SEGUROS, S.A. en original

