

Información General del Asegurado

Yo, _____ portador de la Cédula de Identidad personal N° _____, por este medio autorizo a Seguros Suramericana, S.A. a que debiten de mi tarjeta de crédito las primas de las pólizas de seguros identificados con los números:

N° de póliza	Prima	N° de pagos

Tipo de Tarjeta de Crédito

VISA MASTERCARD AMEX

Número:

Expiración: ____ / ____ Banco: _____

Esta autorización solo quedará sin efecto mediante una notificación escrita realizada por el contratante. El cargo mensual estará sujeto a variaciones dependiendo de los endosos de aumento o disminución de la prima. La vigencia de esta autorización continuará en la renovación de las pólizas antes citadas y al renovarse la tarjeta de crédito correspondiente.

Cédula o Pasaporte: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Información Adicional

Nombre del Asegurado (En caso de no ser el tarjetahabiente): _____

Identificación del Asegurado: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Firma Obligatoria (Igual que en la Cédula)

Con la firma del presente documento autorizo a Seguros Suramericana, S.A. el tratamiento de los datos personales que aquí detallo, de acuerdo con las disposiciones de la Ley N° 81 de 26 de marzo de 2019 reglamentada por el Decreto Ejecutivo N° 285 de 28 de mayo de 2021. De igual manera, autorizo a SEGUROS SURAMERICANA, S.A. a descontar la totalidad de los saldos adeudados en caso de morosidad de una o varias pólizas aquí detalladas. SEGUROS SURAMERICANA, S.A. se obliga a tratar los datos personales única y exclusivamente para el cobro autorizado de las pólizas que mantenga con la compañía.