

Información General del Asegurado

Yo, _____ portador de la Cédula de Identidad personal N° _____, por este medio autorizo a Seguros Suramericana, S.A. a debitar de mi tarjeta de crédito los importes correspondientes a los trámites identificados a continuación:

N° de Reclamo	N° Póliza	Monto a Debitar

Tipo de Tarjeta de Crédito

VISA MASTERCARD AMEX

Número:

Expiración: ____ / ____ Banco: _____

Cédula o Pasaporte: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Esta autorización solo quedará sin efecto mediante una notificación escrita realizada por el contratante.

Información Adicional

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

Identificación del Asegurado: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

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 trámites adeudados aquí detallados. SEGUROS SURAMERICANA, S.A. se obliga a tratar los datos personales única y exclusivamente para el cobro autorizado en procesos gestionados con la compañía.