VIVIR Seguros

Autorización para Débitos Automáticos - ACH

Número de la empresa | 1 | 1 | 5 | 7 | 9 | 1 | 5 | 2 | 1 | 4 |

Fecha de emisión: ☐☐ ☐☐ ☐☐

Vigencia póliza ☐☐ ☐☐ ☐☐
DD MM AA

Por este medio autorizo a **Vivir Compañía de Seguros, S. A. (en lo sucesivo LA EMPRESA)** para que en mi nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece abajo (en lo sucesivo EL BANCO), que realice débitos a mi cuenta: ☐ Corriente ☐ Ahorros indicada a continuación y por los montos también indicados. A la vez autorizo a EL BANCO para debitar de la referida cuenta la suma que LA EMPRESA solicite según lo especificado en este formulario. Queda entendido que dichas sumas serán debitadas siempre y cuando en la cuenta exista la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegara a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro y convengo que me hago responsable de cualquier sobregiro que resulte y acepto como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto al importe adeudado, obligándome a pagar a EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulten por motivo del sobregiro, y convengo en depositar inmediatamente en EL BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro.

Banco recibidor

Ruta y tránsito

Número de cuenta (sin guiones)

Por la suma de B/. .

Monto autorizado en letras

Los cargos serán realizados al inicio de cada periodo de vigencia.

En consideración a los servicios de débitos de la cuenta que proveerá EL BANCO conforme a la presente autorización, por este medio relevo a EL BANCO de toda responsabilidad en relación con cualquier acto que realice conforme a la presente autorización o en caso de que, por cualquier causa, no se hiciere el 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 notificaciónj escrita sobre la terminación de la misma firmada por la (s) persona (s) autorizada (s) para el manejo de la cuenta.

Nombre

Cédula o RUC

Monto variable máximo [X] Aplica para varias transacciones [X]

Póliza No. DV

Reconozco y acepto que **Vivir Compañía de Seguros, S.A.** podrá acceder, usar, compartir, manejar, tratar y custodiar legalmente mis datos, incluyendo pero sin limitarse a, fotos o imágenes de mi documento de identidad cédula, pasaporte, carnet migratorio, credenciales y/o cualquier otro documento para cumplir con el proceso de debida diligencia y las políticas que conozca a su cliente, prestar los servicios requeridos, realizar gestiones de cobros, desarrollar acciones comerciales por medio de correo electrónico, teléfono fijo o móvil, SMS o cualquier otro medio, generar métricas, estadísticas y reportes, enviar información y cumplir cualquier requerimiento del ente regulador y/o de cualquier otra entidad del Estado, en cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y con su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá.

Firma (s) _____