



# ATLÁNTICA SEGUROS

GRUPO STATE TRUST

## Autorización Pagos Cliente

Número de Póliza: Moneda del Plan:

<input type="checkbox"/> Nueva	US\$ <input type="checkbox"/> RD\$ <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---

Agente:

Primer Nombre	Primer Apellido
---------------	-----------------

Oficina:

--

Propietario:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
---------------	----------------	-----------------

Asegurado:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
---------------	----------------	-----------------

### Declaración del Cliente:

Aseguro que la totalidad de los fondos que entrego al Sr./Sra.: \_\_\_\_\_

son de mi propiedad y que la cantidad entregada equivalente en US Dólares ó en Pesos Dominicanos es de: \_\_\_\_\_

Aseguro que todo el dinero, va destinado al pago de la(s) prima(s) de mi(s) póliza(s) y que en caso de que parte o la totalidad de esos fondos tuvieran otra finalidad, procedería a informar en esta planilla a Atlántica Seguros. También declaro que la relación existente entre yo como Asegurado/Propietario de este Plan y el emisor del pago es miembro familiar ☐ y/o socio comercial. ☐ (por favor seleccione la relación que corresponda a su caso particular).

Declaro expresamente que mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal del país donde resido permanentemente. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable. De manera irrevocable autorizo a Atlántica Seguros o a quien ellos designen, a verificar, consultar, solicitar información relacionada con mi actividad comercial y/o financiera a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos. Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Declaración del Emisor del Cheque / Transferencia / ACH:

Aseguro que la propiedad de los fondos en moneda local para el pago de esta póliza son del Sr./Sra.: \_\_\_\_\_

y que la cantidad recibida por mí equivalente en US Dólares ó en Pesos Dominicanos es de: \_\_\_\_\_, también confirmo que

el monto recibido será utilizado para generar un cheque / transferencia / ACH en US Dólares ó en Pesos Dominicanos a nombre de Atlántica Seguros para el pago de una póliza.

Entiendo que no tengo derechos ni obligaciones sobre el pago de las primas de la mencionada póliza, sin embargo también entiendo que estoy obligado a honrar el cheque/transferencia/ACH realizado a través de mi cuenta personal/corporativa y que no tengo nada que reclamar a Atlántica Seguros una vez cobrado el cheque/transferencia/ACH de mi cuenta.

Declaro expresamente que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal del país donde resido permanentemente. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable. De manera irrevocable autorizo a Atlántica Seguros o a quien ellos designen, a verificar, consultar, solicitar información relacionada con mi actividad comercial y/o financiera a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos.

Nombres y Apellidos completos del Emisor:

Firma del Emisor:

Nombre completo de la Compañía Emisora (si aplica):

Fecha: