



ATLANTICA SEGUROS

GRUPO STATE TRUST

Autorización de Pago con Cheque/Transferencia/Débito a Cuenta

Recurrentes (domiciliación) ☐

No Recurrentes (una vez) ☐

Agencia:

Moneda del Plan:

Status de Póliza

US\$ ☐ RD\$ ☐

Nueva ☐ Nunca Emitida ☐ Efectiva ☐ Cancelada ☐

Propietario/Asegurado: (indique ambos nombres si son diferentes)

Número de Póliza

Autorización

Yo (nosotros), por la presente solicito (solicitamos) y autorizo (autorizamos) a Atlántica Seguros, S.A. a hacer débito(s) vía transferencia electrónica, a la(s) forma(s) de pago especificada(s) más abajo, relacionados al Plan/Póliza definido en este formulario. Esta autorización en **Pagos Recurrentes** permanecerá válida hasta que la compañía reciba cancelación de la misma por escrito. El procesamiento de dicha cancelación podrá tomar hasta 30 días. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que Atlántica Seguros, S.A. estará protegida al haber sido honrado el (los) débito(s) y también entiendo (entendemos) que si el (los) débito(s) no es (son) honrado(s), Atlántica Seguros, S.A. no tendrán ninguna responsabilidad, aún cuando signifique la caducidad de la mencionada póliza/plan. Todos los pagos en su fecha de vencimiento, pasados y futuros continuarán siendo total responsabilidad del propietario de la póliza/plan. Doy mi consentimiento para que se conserve este formulario en su formato electrónico y para que la copia de este formulario sea tratada como una versión original para todo efecto.

Seleccione la relación entre el propietario de la forma de pago y el propietario/asegurado de la póliza/plan: ☐ Propietario ☐ Cónyuge ☐ Miembro Familiar ☐ Socio Comercial
(si la relación es otra que Propietario y Cónyuge, debe acompañar esta forma de la planilla "Autorización Pago Cliente", *seleccione todas las que apliquen según formas de pago utilizadas*).

Forma de Pago

| | | |
|------------------------------------|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> Cheque #: | Monto: | Banco: |
| <input type="checkbox"/> Cheque #: | Monto: | Banco: |

Todo cheque devuelto por el banco sin pagar, por cualquier motivo imputable al emisor del cheque, tendrá un costo de RD\$ 300, que será deducido del próximo aporte.

| | | | |
|--|--------|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> Transferencia | Fecha: | Monto: | Banco: |
|--|--------|--------|--------|

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Débito Cuenta Bancos en RD | Monto a Debitar: (en moneda del plan) | Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> de Cheques <input type="checkbox"/> de Ahorros |
| Nombre del Titular de la Cuenta: | | Banco: |
| Código ABA para ACH: | Número de Cuenta: (si seleccionó cuenta de cheques copie el número que aparece en el cheque) | |
| Firma Cuenta Habiente: | | Firma conjunta (de ser necesaria) |

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Débito Cuenta StateTrust Bank | Monto a Debitar: (en moneda del plan) | Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Dólares US\$ <input type="checkbox"/> RD\$ |
| Quien suscribe como titular, con autoridad suficiente en la cuenta (si es más de uno, cada uno de ellos, conjunta y solidariamente) solicito y autorizo a Atlántica Seguros, S.A. (el banco) a debitar la cuenta indicada, o cualquier otra cuenta de depósitos a la vista de mi propiedad, que tuviere los fondos disponible necesarios para cubrir el valor instruido a debitar, o una cantidad menor, y acreditar la cuenta que Atlántica Seguros, S.A., haya designado para recibir este pago. Si el débito se realiza en una cuenta con otra denominación de moneda, acepto la tasa de cambio que el Banco establezca para realizar la conversión entre las respectivas monedas. Aún cuando la cuenta se inactiva por las razones que el banco determine, autorizo que se debite el monto anteriormente mencionado. | | |
| Nombre del Titular(es): | | Número de Cuenta: |
| Firma Titular(es): | | |

Frecuencia y/o Aplicación del Pago

(en pagos recurrentes los débitos se harán el 1ro ó el 15 según la fecha de emisión del plan/póliza)

| | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------|----------------------------------|------------|
| Anual <input type="checkbox"/> | Año: _____ | Semestral <input type="checkbox"/> | Semestre: _____ | Trimestral <input type="checkbox"/> | Trimestre: _____ | Mensual <input type="checkbox"/> | Mes: _____ |
| Prima Inicial | Contribución Inicial | Exceso | Renovación | Abono | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

Observaciones

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Este pago sustituye domiciliación actual. | <input type="checkbox"/> Pagar primas por adelantado. |
| <input type="checkbox"/> Pagar primas pendientes. | <input type="checkbox"/> Otros, explique detalladamente: |
| <input type="checkbox"/> Nueva frecuencia de pago indicada arriba. | |

Firma del Propietario de la Póliza / Plan

Fecha