

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE CARGOS AUTOMÁTICOS / DOMICILIACIÓN DE PRIMAS DE SEGURO

Lugar y Fecha

Para efectos de registro de la domiciliación, este formato debe ser entregado al área de Cobranzas.

Forma de Pago

Cuenta CLABE	<input type="text"/>	Visa	
Número de tarjeta (Crédito/Débito)	<input type="text"/>	Mastercard	
Número de tarjeta AMEX	<input type="text"/>		
Banco	Tipo de tarjeta Crédito Débito	Fecha de Vencimiento	Código de seguridad

Datos de la persona que pagará la póliza

Nombre del Tarjetahabiente	Fecha de nacimiento	Teléfono
R.F.C.	Correo electrónico	Relación con el Asegurado
Identificación INE Pasaporte Cartilla SMN Cédula Profesional Número _____		

Datos del cargo y póliza

Periodicidad

_____ Póliza _____ Endoso	Cargo por única vez	Mensual	Trimestral
	Semestral	Otro: _____	
Nombre del Agente	Nombre del Contratante / Asegurado		

Autorizo y acepto que Seguros Atlas, S.A. realice los cargos de prima de la póliza del seguro que contraté en mi cuenta bancaria identificada como cuenta CLABE o de cheques, o en mi tarjeta bancaria cuyo número indico en el presente documento; también autorizo y acepto que sean cobradas mediante los mismos medios bancarios las variaciones de prima que pudieran llegar a materializarse dentro de la vigencia de mi póliza de seguro y sus renovaciones, a las cuales les será aplicable su propia documentación contractual. En el supuesto de que mis cuentas no tengan los saldos suficientes para que Seguros Atlas, S.A. realice el cobro de prima correspondiente y en caso de que se omita el pago de la misma, sin necesidad de declaración expresa por parte de Seguros Atlas, S.A., el seguro cesará en sus efectos de manera automática después de transcurrir el período de gracia correspondiente sin responsabilidad para Seguros Atlas, S.A., sin que ello me libere de mi obligación de pagar la prima como fue pactado en las condiciones generales aplicables a mi póliza de seguro, atento a lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; en caso de que la póliza de seguro contratada contemple un saldo de ahorro no deducible, entonces autorizo y acepto que la prima podrá ser cubierta del mismo ahorro, y si fuera insuficiente para cubrir el costo de la prima de la póliza entonces se materializará lo antes enunciado respecto del cese automático de los efectos del contrato de seguro relativo.

Solicito y autorizo al Banco acreditante o a aquella institución afiliada a VISA o a MasterCard y AMEX para que, con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la tarjeta bancaria arriba citada o en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el Banco o en su caso con la cuenta CLABE indicada, se sirvan pagar por mi cuenta a Seguros Atlas, S.A. los cargos que por concepto de pago de primas correspondan. El negocio afiliado señalado en el rubro, se obliga y es responsable de cumplir con la información generada correcta y oportuna de los cargos al titular de la tarjeta o cuenta CLABE, de la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos liberando al Banco acreditante o a cualquier institución afiliada a VISA o a MasterCard y AMEX de toda reclamación que se generara por parte del titular de la tarjeta o cuenta CLABE indicado.

Así mismo me obligo a revisar en mi estado de cuenta bancario el cobro efectivo de mi recibo de prima(s), y notificar por escrito a Seguros Atlas, S.A. cualquier cambio o cancelación de cargo al número de tarjeta de crédito, débito o cuenta CLABE antes descrito con 15 días naturales de anticipación a la próxima fecha de cobro.

En caso de cobros rechazados por su banco, y para continuar con los beneficios de cobertura de su póliza de seguro, podrá verificar las alternativas de medios de pago disponibles en nuestra página Internet www.segurosatlas.com.mx esto apeándose a las condiciones generales establecidas de su póliza.

En caso de que el monto de la prima sea en moneda Dólares o UDIS, manifiesto mi conformidad en que se tome en cuenta para el cobro respectivo, el tipo de cambio que esa moneda tenga en la fecha en que se realice el cargo correspondiente.

Aviso de Privacidad: En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, Del. Cuajimalpa, C.P. 05120, Ciudad de México. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El aviso de privacidad integral, en su versión más reciente, así como los mecanismos para hacer valer sus derechos ARCO, estará disponible para su consulta en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos celebrado con Usted.

Nombre y Firma del Tarjetahabiente
Acepto el Servicio de Cargos Automáticos