

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 las Lomas, 05120 México, D.F. 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 presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición 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 con Usted.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE CARGOS AUTOMÁTICOS A CUENTA DE CHEQUES O TARJETA DE DÉBITO PARA EL PAGO DE PRIMAS

R.F.C. SAT-841024-5V8

Lugar y fecha

Para efectos de registro del cargo automático, este formato debe ser entregado al área de Cobranzas.

La vigencia del presente formato será la misma de la póliza amparada en el mismo.

Datos de la cuenta a la que se harán el o los cargos automáticos

<input type="checkbox"/> Cuenta CLABE	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Número de Cuenta de Cheques	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Número de tarjeta de Débito	<input type="text"/>

Banco:	Fecha de vencimiento	Mes	Año	Código de seguridad:
Tipo de tarjeta:	Visa <input type="checkbox"/>	Mastercard <input type="checkbox"/>		

Datos de la persona que pagará la prima

Nombre:

R.F.C.: Correo electrónico:

Domicilio

Calle: Colonia:

No. Ext. No. Int. Municipio o Delegación: Código Postal:

Ciudad o Estado: Teléfono: Celular:

Identificación

Número de Credencial de elector: Número de Pasaporte:

Al proporcionar su correo electrónico le estaremos enviando por este medio la notificación de su pago.

Datos del cargo que se autoriza

CONCEPTO DE PAGO	PERIODICIDAD
<p>Prima de Seguro</p> <p>Póliza: <input type="text"/></p> <p>Ramo <input type="text"/> Subramo <input type="text"/> Oficina <input type="text"/></p> <p>No. de endoso: <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Cargo por única vez</p> <p><input type="checkbox"/> Mensual</p> <p><input type="checkbox"/> Trimestral</p> <p><input type="checkbox"/> Semestral</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/></p>

Monto máximo en Moneda Nacional:

Autorizo a Banco Nacional de México, S.A. para que realice por mi cuenta los pagos por los conceptos que en este documento se detallan, con cargo a la cuenta bancaria identificado por la CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) o número de tarjeta de débito indicado al rubro. Convengo que Banco Nacional de México, S.A. queda liberado de toda responsabilidad si el Emisor Ejercitara acciones contra mi derivados de la Ley o Contrato que tengamos celebrado y que Banco Nacional de México, S.A. no estará obligado a efectuar reclamación alguna al Emisor, ni interponer recursos de especie alguna contra multas, sanciones o cobros indebidos todo lo cual, en caso de ser necesario, será ejecutado por mí. Banco Nacional de México, S.A. no se hará responsable si el Emisor no entregara oportunamente los comprobantes de los servicios, o si los pagos se realizaran extemporáneamente por razones ajenas a esta Institución. Banco Nacional de México, S.A. tendrá absoluta libertad de cancelarme este servicio si en mi cuenta no existieran fondos suficientes para cubrir los pagos contratados, o bien, ésta estuviera bloqueada por algún motivo válido.

Así mismo **me obligo a revisar mis estados de cuenta** periódicamente, con el propósito de verificar que se hayan realizado los cargos correspondientes, pues finalmente la obligación de efectuar el pago de la prima es únicamente del suscrito.

Por último y para el caso de que el monto de la **prima sea moneda DÓLARES ó UDI**, manifiesto mi conformidad en que se tome en cuenta para el cobro respectivo **al tipo de cambio** que esa moneda tenga **en la fecha en que se realice el cargo** correspondiente.

Nombre y firma del Cuentahabiente

Acepto el Servicio de Cargos Automáticos