CARTA DE AUTORIZACIÓN DE CARGOS AUTOMÁTICOS A TARJETAS DE CRÉDITO PARA EL PAGO DE PRIMAS

Seguros Atlas
La empresa a mi medida

Lugar y fecha

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

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 del Tarjetahabiente

Número de tarjeta de crédito				
Banco:	Fecha de vencimiento	Mes	Año	Código de seguridad:
Tipo de tarjeta:	Visa ☐	Mastercard ☐	AMEX ☐	
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**
Prima de Seguro Póliza: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ _____ Ramo Subramo Oficina No. de endoso: _____	☐ Cargo por única vez ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Otro: _____

Monto máximo en Moneda Nacional:

Solicito y Autorizo a 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 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, se sirvan pagar por mi cuenta a Seguros Atlas, S.A. los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan en el recuadro anterior. 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 Tarjetahabiente, 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 Tarjetahabiente.
El tarjetahabiente podrá revocar la Carta Autorización mediante comunicado por escrito con quince días naturales de anticipación que recibirá Seguros Atlas, S.A., el cuál anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe. En este caso Seguros Atlas deberá informar al tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización.

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

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, 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.