

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: RFIN-002
	PROCESO FINANCIERO ADMINISTRATIVO	VERSIÓN: 1.0
AUTORIZACIÓN DE PAGO CON TRANSFERENCIA ASEGURADOS		

En la ciudad de _____ el día _____, Yo, _____ mayor de edad, portador(a) de la cédula de ciudadanía No. _____, por mis propios derechos y los que represento, autorizo a Seguros Unidos a realizar la transferencia de todos mis haberes de pago relacionados con pago de siniestros o devoluciones de prima a las siguientes coordinadas bancarias respaldadas en el certificado bancario adjunto:

C.C./RUC No _____

Nombre de la Entidad Financiera: _____

Titular de cuenta: _____

Tipo de Cuenta: _____

No. De Cuenta: _____

Correo Electrónico: _____

Nota: El titular de la cuenta debe ser el/la asegurado(a)

Para cumplir con las finalidades descritas de forma eficaz y eficiente, es responsabilidad del asegurado y/o su representante proporcionar sus datos personales exactos, íntegros, precisos, completos, comprobables, claros y actualizados.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

En cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección de datos personales, Seguros Unidos S.A. al recopilar, registrar, almacenar, tratar, utilizar, comunicar, transferir, bloquear y/o eliminar sus datos personales, pone en su conocimiento las características del tratamiento a ser efectuado en razón de la Política General de Protección de Datos Personales en nuestro sitio web www.segurosunidos.ec, Al firmar sea física o electrónicamente el presente documento Usted declara que ha leído, ha sido informado, comprende y acepta las Condiciones y la Política General de Protección de Datos Personales de la ASEGURADORA.

Firma asegurado(a)

C.C. No. _____