

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: RFIN-001
	PROCESO FINANCIERO ADMINISTRATIVO	VERSIÓN: 1.0
<b>AUTORIZACIÓN DE PAGO CON TRANSFERENCIA PROVEEDORES</b>		

En la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_, Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, portador(a) de la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, por mis propios derechos y los de mi representada \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_, autorizo a Seguros Unidos a realizar la transferencia de todos nuestros haberes de pago a las siguientes coordenadas 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 propietario del RUC

Para cumplir con las finalidades descritas de forma eficaz y eficiente, es responsabilidad de la empresa 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](http://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 proveedor(a)  
C.C. No. \_\_\_\_\_