

Autorización de Débito

Ciudad: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Yo, _____
(Nombre de pagador)

por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quién corresponda, se debite de mi:

Tarjeta de Crédito    

Cuenta Corriente

Cuenta de Ahorros

Personal Corporativa En caso de que la tarjeta/cuenta sea corporativa, por favor indique:

Nombre de la Empresa: _____ RUC: _____

N° de tarjeta o cuenta: _____ F. de Vencimiento Mes _____ Año _____

el valor de: _____ **USD.**

Banco Emisor: _____

con la frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

por el pago de primas de Pólizas y las primas que ajuste o fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. por primas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o más primas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Concedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ("BMI ECUADOR") por la contratación de la(s) Póliza(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, declaro que todos los datos personales u otra información contenida en esta autorización, que servirán para realizar el cobro de los valores adeudados a BMI ECUADOR por concepto de primas, son verdaderos, completos y proporcionados a modo fidedigno y actualizado. Acepto que la información arriba detallada es de mi absoluta responsabilidad y que el pago de cualquier tipo de indemnización será utilizado de forma lícita.

Estoy de acuerdo con el precio total pactado por la contratación de la Póliza, así como con el valor determinado por concepto de primas que BMI ECUADOR ajuste o fije en el futuro. De igual forma autorizo que por este medio se debiten las notas de cobranza. Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI ECUADOR, por lo cual desde ya renuncio a cualquier tipo de reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco, además, que la vigencia de la respectiva Póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las primas respectivas, en los términos previstos en la Póliza.

Declaro que: i) he entregado voluntariamente mis datos personales para que estos sean tratados de acuerdo con lo que manda la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales; ii) he leído y entiendo la información proporcionada por BMI ECUADOR en relación al tratamiento de mis datos personales encontrada en: <https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-del-ecuador/>.

Declaro, además, que he sido completamente informado y entiendo plenamente el servicio ofrecido, periodo de cobertura de la Póliza, periodicidad y forma de pago detalladas en la presente autorización de débito. Autorizo, debidamente informado y de manera expresa, a BMI ECUADOR, a utilizar canales de notificación y/o comunicación, los cuales incluyen pero no se limitan a comunicaciones electrónicas (vía correo electrónico o cualquier otro medio digital reconocido), call center, mensajes de texto, llamadas por celular o cualquier mecanismo que guarde información y/o datos personales en medios magnéticos o digitales y que registre la expresión de la voluntad de las partes, durante la vigencia de la relación contractual o por el tiempo que mande la ley correspondiente para tal efecto. Esto, incluye recibir información, publicidad, ofertas comerciales o notificaciones por cualquier medio, incluyendo medios electrónicos, incluso aunque no llegue a contratar el seguro.

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que medie una comunicación escrita efectuada por parte del pagador a BMI ECUADOR, con al menos 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago; de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados, inclusive en las posteriores renovaciones de esta.

Así mismo, me obligo a no revocar la presente autorización sin el previo consentimiento por escrito de BMI ECUADOR, toda vez que dicha revocación podría afectar la continuidad de mi póliza. Por consiguiente, libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.

Atentamente,

Firma del Titular de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

C.C. / RUC _____

N° de Póliza _____