

FORMULARIO DE FORMAS DE PAGO

Fecha: ____/____/____

Póliza N°: _____

OPCIÓN DE PAGO POR SISTEMA DE DÉBITO DE TARJETA DE CRÉDITO:

El que suscribe, _____, en carácter de Titular de la Tarjeta de Crédito cuyos datos se detallan a continuación y afiliado al Sistema de Débito Automático, autorizo por la presente a que el aporte correspondiente a los importes mensuales por la contratación del servicio ofrecido por SMG LIFE Seguros de Vida S.A., sean debitados en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la mencionada tarjeta.

Marcar con una X la opción correspondiente:

VISA MASTERCARD AMEX DINERS CABAL
Otra . Detallar: _____

N°:

Banco Emisor: _____

Vencimiento: ____/____/____ Código de Seguridad: _____

OPCIÓN DE PAGO POR SISTEMA DE DÉBITO EN CUENTA BANCARIA:

Por la presente, solicito a SMG LIFE Seguros de Vida S.A, adhesión al servicio de débito directo para el pago de las facturas correspondientes a mi seguro de vida, de acuerdo a los datos detallados a continuación (conforme a la comunicación del BCRA "A" 2559 y modificatorias):

Apellido y Nombres / Razón Social del Titular de la cuenta: _____

CUIL / CUIT: _____

Banco: _____ Sucursal N°: _____

N° de Cuenta: _____ Tipo de cuenta: Caja de ahorros Cta. Cte.

N° C.B.U. (22 dígitos):

En caso de pago con Tarjeta de Crédito deberá adjuntar copia del frente y dorso de la tarjeta. Para los pagos por descuento de cuenta bancaria, remitir comprobante emitido por el banco o copia del encabezado del extracto bancario donde se verifican los datos del titular de la cuenta especificada.

Me notifico que el sistema se registrará por las siguientes condiciones que declaro conocer y aceptar:

- 1 – Los importes correspondientes serán debitados de la cuenta en el día de su vencimiento de acuerdo a las normas que a tal efecto tiene fijadas el Banco receptor.
- 2 – En caso de insuficiencia de saldo en cuenta, el Banco receptor rechazará el pago de la factura, haciéndome responsable de los importes por mora y todo otro cargo ocasionado por falta de pago en término y demás consecuencias determinadas por las disposiciones vigentes para tal supuesto.

Fecha en _____, el _____ de _____ de _____

FIRMA DEL TOMADOR / ASEGURADO

ACLARACIÓN DE FIRMA