AGF Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A.
San Martín 550 (1004) Buenos Aires. Tel 4320-3800/3801

Solicitud de Servicio de Pago Directo

Lugar y Fecha…….

CAJA DE AHORRO N° : ……..…….

CUENTA CORRIENTE N°: …….

BANCO: ……..SUCURSAL:……

C.B.U: (Clave Bancaria Unificada)
Completar todos los casilleros

Póliza N°/ Sección……. IMPORTE $:...……..……

Cantidad de Cuotas:……. Productor: ……...……Código…...……..…

Firma del Asegurado:…… Aclaración:……..…….

DNI/CI/LE/LC. N°:……... Teléfono:……...……..….

En mi carácter de titular de la Cuenta Corriente/Caja de Ahorros, Banco y CBU, arriba mencionado solicitamos a Uds., por intermedio del Banco que Uds., determinen y haciendo uso de las facilidades que otorga el Sistema Nacional de Pagos por Medios Electrónicos que el Banco Central de la República Argentina tiene reglamentado, me adhieran al servicio de Pago Directo, para lo cual desde ya autorizo a debitar, a sus respectivos vencimientos sin prórrogas posteriores, los importes de las cuotas de la presente póliza, como así también los importes pactados en los endosos y renovaciones futuras que se soliciten hasta tanto no manifieste lo contrario por un medio fehaciente.

Debo adoptar las previsiones necesarias para tener saldo suficiente en mi cuenta en el momento en que se produzca el débito correspondiente. En caso contrario, el Banco rechazará el pago de la cuota, lo que hará suspender en forma automática la cobertura. En tal caso y ante la regularización de la deuda, **la cobertura será rehabilitada a partir de la cero hora del día siguiente al pago.**

Será de mi exclusiva competencia aclarar todos las modificaciones que pudieran suscitar con los datos arriba mencionados por motivos de cierre de cuenta Bancarias debido a cualquiera de las causas previstas en las normas vigentes, o por voluntad del firmante.

Cuando **Agf Allianz Argentina Cía de Seguros Grales SA** o los Bancos, unilateralmente, decidiesen dejar de prestar este servicio, lo harán bajo notificación fehaciente a cuyo fin me comprometo a mantener actualizado el domicilio registrado en la empresa y el Banco de radicación de la cuenta.

Si en alguna oportunidad y como caso de excepción, considero que el importe de mi cuota está equivocado, tendré la opción de solicitar la suspensión del débito hasta el día hábil anterior (inclusive) a la fecha de vencimiento y/o la alternativa de revertir débitos por el total de cada operación dentro de los treinta (30) días corridos contados desde la fecha del débito. En ambos casos deberé remitir una instrucción expresa dirigida a la empresa y/o al Banco de radicación de mi cuenta (Banco receptor) a los fines de solicitar la suspención o reversión del débito. **Todas las suspensiones de débitos que motiven causas ajenas a esta Compañía quedaran sin cobertura por falta de pago previo aviso de esta Aseguradora.**

Nota: Devolver este formulario debidamente cumplimentado al Sector Cobranzas