

 C.A. DE SEGUROS American International <small>RIF. J-00053617 -1</small>	DOMICILIACIÓN DE PAGO	Versión: 2	Pág: 1
		Código: FO-04-175	Fecha: 05-08-11

C.A. de Seguros American International, trabajando en la mejora continua de sus procesos le ofrecemos un nuevo método de gestión de pago vía transferencia electrónica, el cual le trae como beneficio agilizar y controlar sus pagos, así como optimizar su tiempo.

A continuación le solicitamos de su autorización para incorporarlo en nuestro sistema de domiciliación de pago por transferencia bancarias.

DATOS DE DOMICILIACIÓN	
Beneficiario:	
R.I.F. / N° de Cédula:	
Número de Cuenta (20 dígitos):	
Tipo de Cuenta:	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro
Banco:	
E-mail:	
AUTORIZACIÓN	
Acepto que C.A. De Seguros American International, efectué los pagos a mi cuenta bancaria. Nombre y Apellido _____ Firma: _____ Firmado en _____ del mes de _____ d _____ e año _____	

1. No se efectuara pagos a cuentas cuyo nombre de registro de información fiscal no coincidan con nuestros registros de sistemas.
2. En caso de cancelar o no utilizar la cuenta bancaria a la cual se les transfiere sus pagos, deberá notificar por escrito en un lapso de cinco días (5) anticipado la nueva cuenta para la domiciliación.
3. Las transferencias de fondos a cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos se pagaran luego de recibida la conformación de rechazo de la transacción del banco.