

Aviso de Privacidad: En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaban o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012-. Y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE CARGOS AUTOMÁTICOS A TARJETAS DE CRÉDITO PARA EL PAGO DE PRIMAS

Lugar y fecha

R.F.C. SAT-841024-5V8

La vigencia del presente formato será la misma de la póliza amparada en el mismo.

Datos del Tarjetahabiente

Número de tarjeta de crédito											
Banco:		Fecha de vencimiento		Mes	Año	Código de seguridad:					
Tipo de tarjeta:		Visa	<input type="checkbox"/>	Mastercard	<input type="checkbox"/>	AMEX	<input type="checkbox"/>				
Datos de la persona que pagará la prima											
Nombre:											
R.F.C.:				<input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico:							
Domicilio											
Calle:						Colonia:					
No. Ext.		No. Int.		Municipio o Delegación:				Código Postal:			
Ciudad o Estado:				Teléfono:				<input checked="" type="checkbox"/> Celular:			

Identificación

Número de Credencial de elector:

Número de Pasaporte:

Al proporcionar su correo electrónico le estaremos enviando por este medio la notificación de su pago.

Datos del cargo que se autoriza

CONCEPTO DE PAGO	PERIODICIDAD				
Prima de Seguro					
Póliza: _____ <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;">Ramo</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;">Subramo</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;">Oficina</td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%;"></td> </tr> </table>	Ramo	Subramo	Oficina		<input type="checkbox"/> Cargo por única vez <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otro: _____
Ramo	Subramo	Oficina			
No. de endoso: _____					

Monto máximo en Moneda Nacional:

Solicito y Autorizo a Banco Acreditante o a aquella institución afiliada a VISA o a MasterCard y AMEX para que, con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la Tarjeta arriba citada o en su caso el número de Tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el Banco, se sirvan pagar por mi cuenta a Seguros Atlas, S.A. los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan en el recuadro anterior. El Negocio Afiliado señalado en el rubro, se obliga y es responsable de cumplir con la información generada correcta y oportuna de los cargos al Tarjetahabiente, de la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos liberando al Banco Acreditante o a cualquier institución afiliada a VISA o a MasterCard y AMEX de toda reclamación que se generara por parte del Tarjetahabiente.

El tarjetahabiente podrá revocar la Carta Autorización mediante comunicado por escrito con quince días naturales de anticipación que recibirá Seguros Atlas, S.A., el cual anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe. En este caso Seguros Atlas deberá informar al tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización.

Así mismo me obligo a revisar mis estados de cuenta periódicamente, con el propósito de verificar que se hayan realizado los cargos correspondientes, pues finalmente la obligación de efectuar el pago de la prima es únicamente del suscrito.

Por último y para el caso de que el monto de la prima sea en dólares, manifiesto mi conformidad en que se tome en cuenta para el cobro respectivo al tipo de cambio que esa moneda tenga en la fecha en que se realice el cargo correspondiente.

Nombre y firma del Cuentahabiente

Acepto el Servicio de Cargos Automáticos