

Manual para el usuario

Autorización de Cargo en Cuenta



DATOS GENERALES

1

Marcar el tipo de solicitud: Afiliación Nueva Venta es para una póliza que se desea afiliarse por primera vez y Modificación de Cuenta/Tarjeta para una póliza ya afiliada al débito que desea cambiar de Tarjeta /Cuenta.

TIPO DE SOLICITUD

Afiliación Nueva Venta Modificación de Cuenta / Tarjeta

2

Completar los datos del contratante de la póliza, así como el número de póliza y el ramo al que pertenece (Sólo si la póliza se encuentra emitida).

DATOS DEL CONTRATANTE

Código del Cliente _____

Apellidos y Nombres / Razón Social _____

DNI, RUC o CE _____

DNI (8) CE (9) RUC (11)

8 9 11

Ramo	Póliza	Contrato	Solicitud
	Nº _____	Nº _____	Nº _____
	Nº _____	Nº _____	Nº _____
	Nº _____	Nº _____	Nº _____

3

Completar los datos del TITULAR DE LA CUENTA O TARJETA (el contratante de la póliza es el dueño de la tarjeta).

NOTA:

De ser diferente al contratante se acepta siempre y cuando sea parte de la póliza(Asegurado o Beneficiario).

TITULAR DE LA TARJETA DE CREDITO O DEBITO / CUENTA BANCARIA*

Apellidos y Nombres / Razón Social _____																								
DNI, RUC o CE	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>11</td> </tr> </table>																8	9					11	DNI (8) CE (9) RUC (11)
				8	9					11														
Dirección _____	_____	Teléfono _____																						
Correo Electrónico _____	_____	Celular _____																						

***Nota:** Tener en cuenta que solo se debe completar una opción de afiliación Tarjeta o Cuenta bancaria.

DATOS DE AFILIACIÓN

6 Importante terminar de completar el formato con la firma del contratante de la póliza y la fecha correspondiente.

NOTA:

- En caso de no poder firmar la solicitud, adjuntar la imagen del DNI del contratante.

El intento de cargo por débito automático será realizado a la tarjeta o cuenta indicada en el presente documento a partir del último día del vencimiento de la prima o de cada cuota de la prima.

CLÁUSULA ESPECIAL

Autorizo a **LA POSITIVA SEGUROS**, a efectuar el cargo de la(s) pólizas de seguros indicadas.

Por la presente cláusula me comprometo expresamente a mantener a partir de la fecha los fondos suficientes para el débito automático. En caso que no sea posible debitar de la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria el monto de la prima pactada de forma mensual, el cliente autoriza a que **LA POSITIVA SEGUROS** debite automáticamente el mes siguiente el monto de la prima total adeudada.

LA POSITIVA SEGUROS podrá intentar debitar la cuota o prima respectiva, las veces que sea necesario en caso que no pueda debitarse en la fecha pactada.

El Asegurado podrá suspender el débito automático enviando una comunicación a **LA POSITIVA SEGUROS** con una anticipación no menor a 30 días calendario a la fecha en la que se quiera dar efecto a dicha suspensión.

En caso de reemplazo de la tarjeta por pérdida, robo, vencimiento o cualquier otro motivo, el Contratante / Asegurado Titular de la tarjeta de crédito o débito autoriza se realice el débito a la tarjeta con el nuevo número que el Banco u Operador le asigne. Sin perjuicio de ello, es obligación del Cliente informar a la Aseguradora el cambio del número de tarjeta.

En señal de conformidad y ratificación de los términos que contiene el presente documento, las partes lo suscriben de forma manuscrita y/o electrónica, el ____ día del mes de _____ del año _____ .

Firma del Titular*

(*) En caso de no poder firmar la solicitud, adjuntar la imagen del documento de identidad del contratante.

7 La solicitud se debe enviar al correo administradordebitos@lapositiva.com.pe

La Positiva
Seguros



Así de simple