SOLICITUD DE DESCUENTO DE SEGUROS POR INTERMEDIO DE TARJETA . . . . . .

Por la Presente autorizo a . . . . . a debitar en forma automática de mi liquidación mensual de tarjeta, el importe correspondiente al premio mensual de la/s Póliza/s de Seguro contratadas con PROVINCIA SEGUROS que se indican a continuación **(Indicar CADA UNA de las pólizas para las que se solicite el servicio de Débito Automático).**

DATOS TITULAR POLIZA

Póliza de Seguro N° . . . . . Ramo . . . . . Fecha de contratación . . . . . .

Póliza de Seguro N° . . . . . Ramo . . . . . Fecha de contratación . . . . . .

Póliza de Seguro N° . . . . . Ramo . . . . . Fecha de contratación . . . . . .

Póliza de Seguro N° . . . . . Ramo . . . . . Fecha de contratación . . . . . .

Póliza de Seguro N° . . . . . Ramo . . . . . Fecha de contratación . . . . . .

Excluyo a . . . . . cese de cualquier tipo de responsabilidad por su intermediación en la percepción de los cobros de los premios de los seguros comprometiéndome, en caso de que resuelva revocar la presente autorización, a comunicarlo por escrito y en modo fehaciente.

Asimismo acepto que . . . . . cese de prestar servicio, cuando concurran las siguientes circunstancias:

1. CIERRE DE LA CUENTA CORRIENTE, CUALESQUIERA FUERA SU CAUSA.

2. PERDIDA DE LA CONDICION DE USUARIO TITULAR DE LA TARJETA EMITIDA POR . . . . . .

3. POR DECISION DE PROVINCIA SEGUROS S.A.

4. POR REVOCACION EXPRESA DEL USUARIO

5.POR OTRAS RAZONES QUE PUDIERAN ESTABLECERSE EN FUTURAS REGLAMENTACIONES DEL SISTEMA

Me comprometo, asimismo, a no suspender o demorar el pago de las liquidaciones a . . . . . cuando por cualquier razón se encuentre obligado a formular reclamaciones administrativas y/o promover acciones legales contra el Asegurador por causas inherentes a la relación contractual que me liga a este último.

DATOS TITULAR TARJETA:

Buenos Aires, ... de . . . . . de 20 . . . .

TARJETA NUMERO: | | | | | | | | | | | | | | | | |

VIGENCIA: | | | | | | |

APELLIDO:

NOMBRES:

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO:

CLIENTE:

EN CASO DE ROBO O HURTO, PERDIDA, EXTRAVIO O ERROR EN EL NUMERO DE TARJETA DEBERÁ CONCURRIR A LA OFICINA DE COBRANZAS DE ESTA COMPAÑIA, O A LA FILIAL DNDE FIRMO LA SOLICITUD DE DESCUENTO A FIN DE ABONAR LAS CUOTAS NO DESCONTADAS. INFORMAMOS QUE SUS BIENES PERMANECERÁN CON LA COBERTURA SUSPENDIDA HASTA LA REGULARIZACIÓN DE SU SITUACIÓN ANTE ESTA COMPAÑÍA.

.....
Interviene

.....
Firma del Titular del Seguro y de la Tarjeta

.....
Firma y Sello Aclaratorio

.....
Aclaración y Firma

PROVINCIA Seguros S.A.
Carlos Pellegrini 71 (C1009ABA) Cap. Fed.
Tel.: 4346-7300 - Fax: 4346-7337
C.U.I.T.: 30-52750816-5

P.S. N° 140/035 - 40.000 - VI/003