

Ciudad y Fecha

Señores
SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.
Ciudad.-

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

De mi consideración:

Yo, _____ (nombres completos) portador de la cédula de identidad / pasaporte/RUC Nro. _____ por medio de la presente solicito a ustedes libre e irrevocablemente que, en el evento de que sea aceptado el pago del siniestro presentado y, una vez que se encuentre lista la respectiva liquidación, se proceda con el correspondiente pago mediante transferencia bancaria, conforme lo obliga el literal i) del artículo 25, Capítulo III, libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero, para lo cual, voluntariamente detallo la información necesaria para la acreditación de dicho pago en la siguiente cuenta:

Nombres completos o Razón Social del Titular de la cuenta a la que se realizará la transferencia:

Nombre de la Institución Financiera:

No. de identificación: Se requiere el número de identificación con el que se realizó la apertura de la cuenta bancaria en la institución financiera señalada:

Cédula de Identidad RUC Pasaporte

Tipo de Cuenta: Corriente Ahorro

Número de cuenta:

Correo electrónico:

Número de Celular:

Declaro que una vez efectuada(s) la(s) transferencia(s) bancaria(s) autorizada por este medio y acreditado el respectivo valor en la cuenta antes detallada, el presente documento tendrá el valor de recibo absoluto y legalmente válido de dicho pago, desde la fecha en la que se efectuó la referida transferencia y por lo tanto, también tendrá calidad de finiquito de las obligaciones que la aseguradora mantenía con cargo a la póliza en la que soy asegurado/beneficiario.

Acepto que una vez efectuada la correspondiente transferencia bancaria, no tengo ningún reclamo –judicial, arbitral, administrativo o de cualquier otra índole que formular, ni el presente ni el futuro, en contra de Seguros Equinoccial S.A. por ningún concepto derivado de (los) siniestro (s) liquidado (s).

Declaro expresa e irrevocablemente que los datos consignados en el presente documento son correctos y fidedignos, por lo que, libero de responsabilidad a Seguros Equinoccial S.A. por errores derivados de una inexacta entrega de información de mi parte. Así mismo declaro que los fondos solicitados para que me sean entregados y que recibiré por parte de Seguros Equinoccial S.A., por la (s) póliza (s), tendrán un destino lícito, permitido por las leyes del Ecuador.

Faculto a Seguros Equinoccial S.A., a proceder con la comprobación de esta declaración; para el efecto podrá realizar todas las indagaciones que considere necesarias, por los medios que considere convenientes y queda expresamente autorizada para que puede utilizar o entregar dicha información a las autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legal o reglamentariamente facultadas.

Eximo a Seguros Equinoccial S.A., de toda responsabilidad, inclusive respecto de terceros, si esta declaración fuese falsa.

(F) Asegurado, Beneficiario y/o Representante legal

Cualquier inquietud sobre los valores entregados, favor comuníquese con su ejecutivo de cuenta asignado o servicio al cliente 1800-Equinoccial (37 84 66).