SOLICITUD DE ENDOSO PARA LA **ADHESIÓN AL DÉBITO AUTOMÁTICO**

IAPSER SEGUROS

SEÑORES

INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO

Con referencia a la póliza N°_____ del ramo _____

solicito/amos hacer constar por endoso la **ADHESIÓN AL DÉBITO AUTOMÁTICO**.

DATOS DEL TITULAR - CONDICIONES GENERALES DE ADHESIÓN AL DÉBITO AUTOMÁTICO

• **DÉBITO AUTOMÁTICO POR CBU:**	No ☐ Si ☐ **CBU N°/ ALIAS:**

• **PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO:**	No ☐ Si ☐ **SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO**

Titular:				Tipo y N° de Documento:	
Entidad Emisora de la Tarj. de Crédito:				N° de Tarjeta: - - -	
Tipo de Tarjeta:	MASTERCARD ☐	VISA ☐	CABAL ☐	NARANJA ☐	SIDECREER ☐
Vencimiento de la Tarjeta: (Mes y Año)					
Importe:		Cantidad de Cuotas:		Importe de cada Cuota:	

En mi carácter de titular/adherente de la tarjeta arriba mencionada, manifestando mi expresa adhesión al sistema de Débito Automático, para lo cual autorizo que el monto de los premios que correspondan a los contratos de seguros emitidos por el INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO, bajo el nombre de _____ sean debitados en forma directa y automática en el resumen de cuenta la misma.

En caso de no poderse debitar el importe por algún problema relacionado con la vigencia o validez de la tarjeta, me comprometo a efectuar el pago por alguna vía ante el solo requerimiento de esta Compañía, quedando convenido expresamente que la falta de pago de los premios hará suspender en forma automática la vigencia de las coberturas a que correspondan los saldos deudores.

La adhesión al sistema de Débito Automático no implica la cancelación automática de los premios, ni novación de la deuda y la imposibilidad de efectuar débito en el resumen de la tarjeta, solo podrá ser aducida a la falta de pago, por cualquier causa no imputable ni el asegurado ni esta aseguradora.

Dejo también aclarado que la aceptación por Ustedes de esta autorización no implica la aceptación de solicitudes de cobertura, la que solo resultaran de los datos del asegurado.

Manifiesto conocer las Condiciones Generales y particulares de la póliza aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación que acepto en sus términos, firmado la presente solicitud en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 ____.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres:				
Domicilio/Calle:		N°:	Piso:	Dpto:
Localidad:	Provincia:			CP:
D.N.I. N°:	Profesión o Actividad:			CUIT/CUIL:
Teléfono:	E-mail:			
Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:			
Bien Asegurado:		Póliza:		

_____
Firma del Asegurado

_____
Firma del Titular

_____
Aclaración, tipo y N° de Documento

_____
Aclaración, tipo y N° de Documento

Lugar y Fecha:

LA RECEPCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD, CUYOS DATOS SE DETALLAN UT-SUPRA, NO OBLIGAN NI IMPLICAN ACEPTACIÓN DEL RIESGO ART. 4to. DE LA LEY DE SEGUROS.

Productor: _____

Código N°: _____ Firma del Productor: _____

Tel: 0800 - 888 - 4277 • San Martín 918, Paraná, E.R. www.iapserseguros.seg.ar

Instituto Autárquico Provincial del Seguro
SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn
Nº de insc. en SSN 0254

F: SECADA - 11 2026