

(Favor de completar en letra de imprenta con tinta negra o azul)

Alta

Modificación

Baja

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre o Razón social:

CUIT / CUIL N°

 - -

N° de Póliza

Domicilio Particular

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono (área + número)

Celular (área + número)

E-mail

DATOS BANCARIOS

Tipo de Cuenta: Caja de Ahorro en Pesos

Cuenta Corriente en Pesos

Entidad:

Sucursal:

Número de Cuenta:

CBU

Titular / Cotitular de la cuenta:

CUIL / CUIT del Titular de la cuenta:

La presente Solicitud de Adhesión regula los derechos y obligaciones por la adhesión al servicio de pago y/o reintegro Electrónico de MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A., MAPFRE ARGENTINA ART S.A., MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDAS S.A., MAPFRE SALUD S.A. y CLUB MAPFRE S.A.

EN MI CARÁCTER DE BENEFICIARIO:

1) Informo a MAPFRE que a partir de la fecha acepto operar con el SISTEMA DE ACREDITACION AUTOMATICO EN CUENTA BANCARIA, como medio de pago de las facturas indemnizaciones y/o devoluciones de prima solicitados/presentados para su cobro a MAPFRE, solicitando que dichos importes se acrediten en la cuenta declarada en la presente.

2) Manifiesto que consideraré cancelado mi crédito en concepto de pago de las facturas indemnizaciones y/o devoluciones de prima presentados al cobro una vez acreditadas las sumas en la cuenta bancaria informada en la presente o que en el futuro informe. Asimismo, acepto que el comprobante de transferencia bancaria emitido por el banco respectivo tendrá el valor de un recibo extendido por MAPFRE por las sumas transferidas, en los términos de los artículos 505 del Código Civil y 474 del Código de Comercio.

3) Declaro conocer, entender y aceptar la citada operatoria de crédito automático por lo que libero a MAPFRE de cualquier responsabilidad y/u obligación ante la eventual pérdida y/o disminución del valor y/u otros resultados económicos financieros que pueda acarrear mi decisión, como también ante la imposibilidad de extraer de la cuenta aquí denunciada o que denuncie en el futuro, las sumas que en ella MAPFRE deposite, relevando a MAPFRE de toda responsabilidad por daños y perjuicios, costas y gastos de todo tipo o de la índole que fuese.

4) Me comprometo a notificar en forma fehaciente a MAPFRE con 30 días de anticipación cualquier cambio que se produjese respecto a la titularidad de la cuenta que declaro en la presente, y en tal sentido se modificarán los datos consignados en esta Solicitud de Adhesión al Servicio de Pago Electrónico. Asimismo, acepto que MAPFRE continuará realizando los pagos a la cuenta declarada hasta que no realice la notificación antes señalada.

Lugar y Fecha

Firma del Beneficiario

Aclaración del Beneficiario

Tipo y Número de Documento