

Estar Seguros Informa

Atención: Asegurados, Clientes e Intermediarios

CC: Sucursales

Presente.-

Nos dirigimos a ustedes con la finalidad de solicitarles la información necesaria para mejorar el proceso de pago de nuestras obligaciones a través de abono directo a sus cuentas bancarias.

Es un requisito indispensable para completar este proceso, firmar y sellar la autorización anexa a este comunicado, la cual debe ser entregada a la Coordinación de Tesorería y Pagos y/o Administración ubicada en el piso N° 10 de la sede principal o en la administración de cada una de nuestras sucursales, conjuntamente con la siguiente documentación:

Persona Natural :

- Copia de la Cédula de Identidad de la persona que autoriza el abono
- Rif de la persona que autoriza el abono
- Referencia Bancaria (original), Copia de Cheque, Libreta de Ahorro o Depósito Bancario que certifique el N° de cuenta con los 20 dígitos de acuerdo a lo estipulado por la SUDEBAN

En caso de Intermediario y/o Proveedor :

- Copia del Registro Mercantil
- Copia del Rif de la Empresa
- Copia de la Cédula de Identidad del representante legal de la empresa
- Referencia Bancaria (original), Copia de un Cheque anulado, o Depósito Bancario que certifique el N° de cuenta con los 20 dígitos de acuerdo a lo estipulado por la SUDEBAN

Atentamente,

ESTAR SEGUROS

SEDE PRINCIPAL

1era. Transversal Los Palos Grandes, Centro Plaza, Torre D. Caracas – Venezuela. Teléfono: +058 (212) 278.0000

Página web: www.estarseguros.com

Estar Seguros, S.A. Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 23.

R.I.F. J-00007587-5

Afiliación Modificación o Sustitución de Cuenta Bancaria para Domiciliación de Pagos

AFILIACIÓN
 CAMBIO DE CUENTA
 MODIFICACIÓN DE CUENTA

Datos de Identificación

Tipo de Persona			
<input type="checkbox"/> Proveedor		<input type="checkbox"/> Intermediario /Productor	
<input type="checkbox"/> Cliente o Asegurado			
Nombre y Apellido (Cliente / Representante Legal)		Razón Social (Proveedor / Sociedad de Corretaje)	
Código del Intermediario	C.I. / Rif	Teléfono de Oficina	Teléfono Celular
Correo Electrónico		Correo Electrónico 2 (Opcional)	
Banco	Nº de Cuenta		Tipo de Cuenta

Declaración

Yo, _____, C.I. No. _____, En mi carácter de Cliente, Proveedor y/o Intermediario, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia a su vez autorizo a **Estar Seguros S.A.**, a cancelar las obligaciones que mantengan con mi persona, a través de abonos directos a la cuenta descrita.

(Para ser llenado en caso de poseer una o más pólizas financiadas a través de Inversiones Soporte Financiadora de Primas, C.A.)

Yo, _____, C.I. No. _____, En mi carácter de Cliente, Proveedor y/o Intermediario, autorizo a **Inversiones Soporte Financiadora de Primas, C.A.**, a cancelar todas las obligaciones que mantengan con mi persona a través de los créditos directos en la cuenta descrita anteriormente.

Autorización

Lugar	Firma del Autorizador	Huella	Sello de la Empresa
Fecha			

Acuse de Recibo

Fecha de Recibo	Nombre del Empleado	Firma del Empleado	Sello de Estar Seguro

IMPORTANTE

Dicha planilla se debe entregar en original junto con los recaudos solicitados, de lo contrario no tendrá efecto la domiciliación