

Formulario de Pago por ACH

Confirmando mi interés en recibir los pagos mediante el sistema de transferencia electrónica de fondos entre bancos ACH. Con este propósito, les proveo de los detalles del banco y número de cuenta en donde deseo recibir mis pagos.

Datos Personales

Nombre _____
No. Identificación _____
Dirección _____
Correo electrónico _____
Teléfonos _____
No. Siniestro _____

Datos Bancarios

Nombre de la Cuenta _____
Banco _____
Tipo de Cuenta _____
No. Cuenta _____

El Contratante, el Asegurado y/o el Reclamante, reconocen y aceptan que han entregado a Chubb Seguros Panamá S.A. datos sensibles al amparo de la Ley 81 de 26 de marzo de 2019 y confidenciales al amparo del numeral 18 del artículo 3 de la Ley 12 de 3 de abril de 2012. El Contratante, el Asegurado y/o el Reclamante acepta y autoriza el tratamiento de datos para el cumplimiento de los fines de la contratación de seguros y su transferencia entre entidades afiliadas al grupo Chubb o terceros contratados por este, en cumplimiento de los derechos establecidos en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación (cuando exista fundamento legal para ello), de oposición y portabilidad de forma gratuita, en el tiempo provisto por la ley y recibir constancia de la actualización de la base de datos, conforme a lo establecido en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 81 de 26 de marzo de 2019.

Firma autorizada _____

Fecha ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)