

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 - Natural o Jurídica

Nombre / Razón Social _____

No. Identificación / R.U.C. _____

Dirección _____

Correo electrónico _____

Teléfonos _____

No. Siniestro (Opcional) _____

Datos Bancarios

Nombre de la Cuenta _____

Banco _____

Tipo de Cuenta _____

No. Cuenta _____

Por este medio, reconozco y acepto que los datos personales y bancarios proporcionados serán tratados por Chubb Seguros Panamá S.A. para gestionar pagos por transferencia bancaria (ACH) y cumplir obligaciones legales y contractuales. Autorizo su posible transferencia a entidades afiliadas y/o terceros contratados, bajo medidas de confidencialidad, incluso fuera de la República de Panamá. Conforme a la Ley 81 de 2019, tengo derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad de mis datos personales. El procedimiento para ejercer estos derechos, los criterios de conservación de los datos, la existencia de decisiones automatizadas y los datos de contacto del Oficial de Protección de Datos están detallados en la Política de Privacidad disponible en el sitio web de la compañía.

Firma autorizada _____

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