

CAMBIO FORMA DE PAGO

Póliza(s) N°

• DATOS DEL ASEGURADO / CONTRATANTE

Apellido y nombres		DNI/CUIT	
Domicilio	Localidad	Provincia	CP
Email	Teléfono	Celular	

• CAMBIO FORMA DE PAGO

☐ DÉBITO EN CUENTA

Banco: CBU:

Caja de Ahorro: ☐ \$ ☐ U\$S Cuenta Corriente: ☐ \$ ☐ U\$S

Declaración: Presto conformidad para que Mista Seguros de Personas S.A. debite de la cuenta bancaria informada las cuotas del seguro.

☐ OTROS MEDIOS DE PAGO

(Mercado de Pago - Pagos Mis Cuentas - Rapi Pago)

☐ TARJETA DE CRÉDITO

Tarjeta: Vencimiento:

Nro. de Tarjeta:

Titular de Tarjeta:

La presente Declaración rige a partir de la aceptación por parte de la Compañía Aseguradora.

DATOS PERSONALES - CONSENTIMIENTO: Mista Seguros de Personas S.A. ("Mista") recaba y trata sus Datos Personales con el único fin de administrar su seguro. Al suscribir este documento, presto mi consentimiento previo, libre, expreso e informado para el referido tratamiento de los Datos Personales que proporcione a Mista Seguros de Personas S.A.. En cumplimiento a la Ley 25.326, y la Disposición 10/2008 DNPDP, se informa que los datos que nos has proporcionado completando este formulario integrarán la(s) base(s) de datos de Mista Seguros de Personas S.A., la que se compromete a tratarlos de una manera confidencial. Nos autorizas expresamente a tratar, ceder y/o transferir tus datos. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DNPDP, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Firma Asegurado / Contratante

Aclaración

DNI

Lugar:

Fecha: