

AUTORIZACIÓN DE CARGO A TARJETA

Por este medio autorizo a SEGUROS E INVERSIONES GUATEMALA, S.A., a realizar cargos a mi tarjeta de crédito/débito para el pago de primas de seguro con base a la siguiente información:

RAMO	PÓLIZA	CERTIFICADO

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO			
Nombre completo del Asegurado:			
Documento de Identificación:			
Teléfonos:	Celular:	Casa:	Oficina:
Correo electrónico:			

DATOS DE LA TARJETA			
---------------------	--	--	--

Número de Tarjeta: - - -

Banco Emisor: _____

Fecha de Vencimiento: ____/____/____
Mes Año

Valor: _____

Moneda: Q \$

Seleccionar una (1) opción:

☐ 3 ☐ 6 ☐ 10

CUOTAS
(Marque una)

☐

Cargo Automático

☐

Únicamente pago de Requerimiento No.: _____

Los débitos se realizarán en base a la fecha de vencimiento de los requerimientos. Si desea programar en alguna otra fecha favor de especificar la misma. Únicamente los débitos de las pólizas de Gastos Médicos y SALUD se programan para el 21 de cada mes.

Indicar la fecha que se cobrará el mismo día de cada mes.

Fecha de Cobro: ____/____/____/

Fecha: ____/____/20__

Firma Tarjetahabiente