

Formularios de Autorización de Pago de Primas con Tarjetas de Crédito

Datos Personales

Nombre	Cedula/Pasaporte

Datos de la Póliza

No. de Póliza	Ramo
Monto autorizado B/.	
Tipo de Pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	

Datos de Tarjeta de Credito

No de Tarjeta	Fecha de Expiracion
Banco Emisor de la Tarjeta	

MARQUE CON UNA X LA LA OPCION DE SU PREFERENCIA

TIPO DE TARJETA

VISA

MASTER CARD

PARA COBRAR EN LA SIGUIENTE FECHA DE CADA MES

15

30

Favor adjuntar copia de cedula y copia de tarjeta por delante y por detrás .

Por medio de la presente autorizo a La Regional de Seguros a cargar mensualmente de mi tarjeta antes descrita , la suma de la prima mensual, de la poliza (as) antes indicada . Esta autorizacion se mantendra vigente, salvo que se notifique por escrito a La Regional de Seguros con 30 dias calendario de anticipacion; asi mismo se debe notificar con 30 dias calendario de anticipacion de la cancelacion o vencimiento anticipado de de dicha tarjeta . De no haber suficiente fondo en mi tarjeta me comprometo a depositar en el Banco inmediatamente despues de notificada tal situacion , las sumas necesarias para cancelar el pago a La Regional de Seguros . La informacion en este documento es confidencial y privilegiada, esta destinada exclusivamente para el uso de la entidad a la cual esta dirigida y no podra ser publicada o utilizada por terceras personas .

Nombre del dueño de la tarjeta

Firma

Cedula

Fecha