



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Nombre impreso del Tarjetahabiente (conforme aparezca en la tarjeta)

No. de Cédula: _____ No. de Tarjeta: _____ Cod.: _____

Visa: _____ Mastercard: _____ A.Express: _____ Banco: _____

Teléfonos: _____ / _____

Por la presente autorizo a Assicurazioni Generali, S.p.A. cargar a mi tarjeta de crédito con **fecha de expiración:** _____

La suma de US\$ _____ por un período _____ mensual;
_____ trimestral; _____ semestral o _____ anual, cuyo valor
será aplicado a las primeras de mi(s) póliza(s) No.(s) _____.

El importe de la prima inicial está sujeto a modificaciones, quedando expresamente convenido que será suficiente que la
Compañía comunique al Banco por escrito el nuevo valor de la primera que debe cargarse a mi cuenta.

Esta autorización deberá continuar en vigor a la renovación de la tarjeta de crédito correspondiente y hasta que lo revoque
por escrito.

Fecha

Firma del tarjetahabiente conforme aparezca al dorso de
la tarjeta.

Assicurazioni Generali, S.p.A.
"El Asegurador sin Fronteras"