



**FORMULARIO DE AUTORIZACION DE COBRO CON CARGO A TARJETA DE
CRÉDITO O DEBITO**

I.DATOS GENERALES

Nombre del asegurado:		
Número (s) de póliza(s):		
Código de intermediario:		
Nombre tarjetahabiente:		
Dirección de correo para envío de facturas:		
Teléfono móvil:	Teléfono casa:	Teléfono trabajo:

II.DATOS DE LA TARJETA Y DEL CARGO A REALIZAR

a. Banco emisor de la Tarjeta:												
b. Número de Tarjeta:												
				--					--			
c. Fecha de Vencimiento:												
d. Operador de tarjeta (marque con una x):												
VISA			MasterCard				Otro					
e. Monto total a pagar:						Monto cuota:						
f. Forma del cargo (marque con una x):												
Mensual			Bimensual			Trimestral			Semestral		Único pago	
g. Fecha en la que desea se realice el cargo:												

Autorizo a Aseguradora Guatemalteca, S. A., a realizar el débito para el pago de la póliza(s) indicada(s) en el presente documento, por medio del cargo automático a mi tarjeta de crédito antes identificada y conforme los datos que se detallan en el numeral II. Asimismo, autorizo a utilizar el presente formulario para realizar los débitos correspondientes, a las futuras renovaciones de mi póliza, previa aceptación expresa de la renovación de la póliza(s) indicada(s). En caso de no presentar disponibilidad en mi tarjeta de crédito en la fecha del cargo antes referida, autorizo para que se carguen dos cuotas en un mismo mes.

Me comprometo a notificar a Aseguradora Guatemalteca, de cualquier cambio en los datos de la tarjeta de crédito antes indicada.

Guatemala, _____

f) _____
Asegurado

f) _____
Tarjetahabiente

DPI: _____

DPI: _____