

Guatemala, _____ de _____ de 20 _____.

Señores
ASEGURADORA GENERAL, S.A.:

Por este medio autorizo el cobro de la siguiente póliza:

RAMO	PÓLIZA No./CERTIFICADO	AÑO / ENDOSO	CUOTAS AUTORIZADAS	VALOR PRIMA TOTAL
			3 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 10 <input type="text"/>	

Con cargos a la tarjeta de crédito siguiente:

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

Nombre del asegurado: _____

DPI: _____ Extendida en: _____

Nombre del tarjetahabiente: _____

Nombre del banco/empresa emisora: _____

Número de tarjeta crédito: (____) - (____) - (____) - (____). Vencimiento (mes): (____) (año): (____)

Teléfono(s), casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de cobro: _____

Observaciones: _____

***NOTA: Bajo ningún motivo se efectuarán devoluciones después de efectuado el cobro.**

(f) Asegurado y/o contratante

(f) Tarjetahabiente