



Quiero pagar mis primas de seguro mediante mi tarjeta de crédito:

VISA MASTERCARD OTRO _____

Tarjetahabiente _____

Número de Tarjeta _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de Expiración Código de Seguridad

(Estos son los tres números Finales del dorso de la tarjeta)

Valor prima US\$ - -

Contratante _____

Póliza _____

Factura _____

Asegurado _____

Certificado _____

Forma de pago

anual semestral otra _____

Términos y Condiciones

Autorizo a WORLDWIDE MEDICAL ASSURANCE, Ltd Corp., a debitar a mi tarjeta de crédito la prima en US\$. Entiendo y acuerdo que WORLDWIDE MEDICAL ASSURANCE, Ltd Corp. continuará debitando las primas futuras. Me comprometo a notificar por escrito a la compañía en caso de cancelación de esta autorización. De haber insuficiencia de fondos cancelación o vencimiento de la Tarjeta de Crédito, WorldWide Medical Assurance Ltd Corp., dejará de efectuar los débitos.

FAVOR ADJUNTAR

Copia de la Cédula

Nombre _____

Apellido _____

Firma _____

Fecha