AUTORIZACION DE PAGO DE PRIMAS CON TARJETA DE CREDITO

SEGUROS SURAMERICANA, S.A.

suramericana

Yo, _____, portador de la cédula de identidad personal

No. _____, por este medio autorizo que carguen las primas de las pólizas del Seguro

identificadas con los Números** _____

_____

A mi tarjeta de crédito: Tipo: Visa ☐ Master Card ☐ American Express ☐ (señale uno)

Número: ☐☐☐☐ — ☐☐☐☐ = ☐☐☐☐ = ☐☐☐☐

Expiración Mes ☐☐ Año ☐☐

Del Banco: _____ Primas por: B/. _____

Para Cobrar: 16_____ -O- 1ª_____ de cada mes (marque uno)

Esta Autorización continuará vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y tendrá vigencia continua al momento de renovarse la pólizas. Solo podrá ser cancelada por mi mediante notificación escrita a Suramericana o por opción de la Compañía en caso de incumplimiento. Ni la Compañía ni el banco tendrán responsabilidad alguna aunque dicha omisión ocasione la pérdida del seguro.

El importe de las primas está sujeta a modificaciones ya sea por el asegurado o por la compañía, y serán igualmente presentada al banco para su cobro, dependiendo de las variaciones en el monto de las primas.
El Cliente se hace responsable de notificar a la Compañía, el vencimiento y cualquier cambio de tarjeta, la empresa no se hace responsable.

_____ _____

Nombre del Dueño de la Tarjeta — Firma (igual que en la tarjeta)

_____ _____

Cédula — Fecha

Información Adicional:

Nombre del Asegurado (en caso de no ser el tarjetahabiente): _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono de Oficina: _____

Correo Electrónico: _____ Celular: _____

_____

Firma del Asegurado o Tarjetahabiente

OBSERVACIONES: _____

_____

****Si es una póliza nueva, este campo será asignado por la compañía al momento de su emisión.**

NOTA IMPORTANTE: ESTE FORMULARIO DEBE IR ACOMPAÑADO DE LA COPIA DE LA CEDULA Y TARJETA DE CRÉDITO