

AUTORIZACIÓN DE COBRO
VISACUOTAS

Guatemala, _____ de _____ de 20_____.

Señores

ASEGURADORA GENERAL, S.A.:

Por este medio autorizo el cobro de la siguiente Póliza:

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

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: _____

Observaciones: _____

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

(f) Asegurado y/o Contratante_____
(f) Tarjetahabiente