



Aseguradora General, S.A.

10a. Calle 3-17, Zona 10, Guatemala, C.A.01010

Emergencias PBX: 1757 • (502) 2285-7200 • generali.com.gt

AUTORIZACIÓN TARJETA DE CRÉDITO

Guatemala, _____ de _____ de 20_____.

Señores Aseguradora General:

Por este medio autorizo a que carguen a mi tarjeta de crédito los cobros de las primas de seguro de la(s) póliza(s) abajo descritas de acuerdo al plan de pagos de cada una de ellas:

PÓLIZA DE DAÑOS

RAMO	PÓLIZA No.	ENDOSO	VALOR PRIMA	*DÍA DE CARGO A LA TARJETA

PÓLIZAS DE VIDA Y MEDIFLEX, PRÉSTAMOS

PRÉSTAMO No.	PÓLIZA No.	CERTIFICADO	VALOR PRIMA	*DÍA DE CARGO A LA TARJETA

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

Nombre del Asegurado: _____

DPI: _____ Extendida en: _____

Nombre del Tarjetahabiente: _____

Nombre del Banco/Empresa Emisora: _____ VISA CREDOMATIC

Número de Tarjeta Crédito: (____) - (____) - (____) - (____). Vencimiento (mes): (____) (año): (____)

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

Correo Electrónico: _____

Observaciones: _____

*La fecha de pago no debe excederse a 30 días mayor a la fecha de vencimiento del pago.

(f) Asegurado y/o Contratante

(f) Tarjetahabiente