

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE COBRO
POR MEDIO DE DÉBITO O TARJETA DE CRÉDITO PÓLIZAS CON FRACCIONAMIENTO**

Fecha: Guatemala, ____/____/____

Póliza No.:

Agente/Intermediario:

Nombre del Asegurado:

Nombre del Tarjetahabiente:

Teléfono Residencia u Oficina:

Teléfono Celular:

Correo electrónico:

Número de Tarjeta de Crédito:

Fecha de Vencimiento de la Tarjeta de Crédito:



Mes

Año

Banco o Empresa Emisora de la Tarjeta: _____

Tipo de Tarjeta:

VISA

MASTER CARD

MONEDA

Q.



\$.



Los débitos se realizarán en base a la fecha de vencimiento de los requerimientos,
si usted desea una fecha especial, favor especificarla: _____

POR ESTE MEDIO AUTORIZO PAGAR A MAPFRE|SEGUROS GUATEMALA, S. A., LAS PRIMAS DE SEGURO CORRESPONDIENTE A LA POLIZA INDICADA EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE FORMULARIO, MEDIANTE EL DÉBITO AUTOMÁTICO REALIZADO A MI TARJETA DE CRÉDITO, DE LA CUAL LOS DETALLES SE INDICAN ARRIBA.

ASI MISMO, CONFIRMO QUE RENOVARÉ EL PRESENTE FORMULARIO PARA REALIZAR LOS DEBITOS CORRESPONDIENTES A FUTURAS RENOVACIONES DE MI PÓLIZA, A MI CORREDOR O AGENTE DE SEGUROS, COMO AL DEPARTAMENTO DE COBROS DE MAPFRE|SEGUROS GUATEMALA, S. A., POR MEDIO ESCRITO, PREVIO AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA RENOVACION

Firma Autorizada

No. DPI

IMPORTANTE: Si por alguna razón la Tarjeta de crédito no tuviera disponibilidad al procesar los débitos, al siguiente mes se debitará la cuota del mes anterior y la del mes que corresponde para no entrar en mora.