



Nombre completo del tarjetahabiente

Póliza

Fecha

Parentesco con el titular

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento

Tipo de tarjeta

Moneda

Al firmar este formulario, usted autoriza a BMI Seguros de Guatemala, S.A., a realizar cargos recurrentes a la tarjeta de crédito proporcionada, por el monto correspondiente a las primas y otros costos asociados a la póliza de seguro que ha contratado. Usted declara que la información proporcionada es verídica y se compromete a notificar de inmediato cualquier cambio en los datos de la tarjeta de crédito o en su situación financiera que pudiera afectar el cobro.

BMI Seguros de Guatemala, S.A., no será responsable de ningún cargo adicional que pueda generar la entidad emisora de su tarjeta de crédito, tales como comisiones por sobregiro, cargos por mora o cualquier otra penalización. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento, notificando a la aseguradora por escrito con un mínimo de diez días de anticipación antes de la fecha de cobro.

La revocación de esta autorización o la imposibilidad de efectuar el cobro en la tarjeta de crédito proporcionada podría resultar en la suspensión o cancelación de la cobertura de su póliza, conforme a los términos y condiciones de su contrato de seguro.

Firma titular

Firma tarjetahabiente

Firma intermediario