

**Datos de Asegurado y/o Tarjetahabiente**

Nombre		
Domicilio: Calle	Colonia	C.P.
Ciudad	Teléfono	
Teléfono Celular	E-mail / Correo Electrónico	

**Datos de la Póliza**

Emisor	Carpeta	Póliza	CIS
--------	---------	--------	-----

**Datos para cargar la Prima en Tarjeta de Crédito Bancaria o Cuenta de Depósito**

<p><b>Pago mediante Tarjeta de Crédito Bancaria</b></p> <p>Banco: _____</p> <p>No. Tarjeta: _____</p> <p>Fecha de Vencimiento: _____</p> <p style="text-align: center;">DIA      MES      AÑO</p>	<p><b>Cuenta de Depósito:</b></p> <p>Banco: _____</p> <p>No. Cuenta o No. DE CLABE _____ (Clave Bancaria Estandarizada): _____ (Invariablemente 18 dígitos)</p> <p>Plaza: _____ Sucursal: _____</p> <p style="text-align: center;">Plaza y Sucursal indicarlo con números</p>
---	---

Por medio del presente autorizo a **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** para que efectúe los cargos necesarios generados por el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) a la póliza que en su caso emita de acuerdo a su plan de pago, para que sean abonada(s) en la cuenta que **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** indique.

El estado de cuenta en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** emita el recibo correspondiente.

El cargo correspondiente al seguro contratado se podrá realizar desde el inicio de vigencia de la póliza hasta la fecha límite de pago, de acuerdo al plan de pago contratado; por lo que es mi obligación contar, durante ese período, con los fondos suficientes para llevar a cabo el cargo.

En caso de que por cualquier causa la cuenta de crédito bancaria (tarjeta de crédito) o la cuenta bancaria de depósito, no cuenten con saldo suficiente, o se encuentren canceladas de conformidad con las disposiciones del contrato de apertura de crédito y/o cuenta de depósito celebrado(s) o que por cualquier causa dicho(s) contrato(s) dejen de estar en vigor, **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** dejará de realizar el cargo, en cuyo caso me obligo a cubrir directamente en las oficinas de **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** el (los) importe(s) de la(s) prima(s) correspondiente(s).

Esta autorización estará vigente mientras no sea revocada por mí, mediante escrito dirigido a **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa**, con por lo menos 30 días de anticipación a la fecha en que se pretenda surta sus efectos la revocación.

En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o de cancelación de mi cuenta de depósito o crédito me obligo a hacer el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) directamente en las oficinas de **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa**, hasta en tanto el banco me entregue la reposición de la citada tarjeta de crédito o la nueva cuenta de depósito o crédito, obligándome a solicitar nuevamente a **Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa** el servicio de cargo automático una vez que el banco me entregue la referida reposición o la nueva cuenta.

El cese de efectos del contrato por falta de pago de primas operará si por causas imputables al pagador de las primas no puede hacerse el cargo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Tarjetahabiente o Cuentahabiente