

**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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mes			Año	

Banco o Empresa Emisora de la Tarjeta: _____

Tipo de Tarjeta:	<input type="checkbox"/>	VISA	MONEDA
	<input type="checkbox"/>	MASTER CARD	
			Q. <input type="checkbox"/>
			\$. <input type="checkbox"/>

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.

