



Guatemala, de

de 20 .

Señores
ASEGURADORA GENERAL, S.A.:

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

RAMO	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 de 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

