

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A través de este formulario autorizo a la Compañía de Seguros G&T, S.A. a realizar débitos y/o cargos a mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito/débito, para el pago de primas de seguro, en base al detalle a continuación:

- Pago por única vez
- Programación de cobro recurrente en:  Quincena  Fin de Mes

**\*\*El proceso de cargos automáticos se realiza:**

- El penúltimo día hábil antes del cierre de quincena o fin de mes, excepto para los productos de Gastos Médicos Individual.
- Para los productos de Gastos Médicos Individual, se realizan en la fecha de vencimiento de sus requerimientos.
- Si el cargo supera los Q 100,000.00 o su equivalente en dólares, el mismo tendrá un recargo de 4%

No. Póliza(s): \_\_\_\_\_

No. Certificado(s): \_\_\_\_\_

Responsable de pago: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**\*\*Esta autorización es válida para todas las renovaciones de la(s) póliza(s) detalladas.**

**Débito a Cuentas de Banco G&T Continental**

No. de Cuenta Monetaria:     -        -

No. de Cuenta de Ahorro:     -  -       -

**Cargos a Tarjeta de Crédito /Débito**

No. de Tarjeta:      -      -      -      Vencimiento: \_\_\_\_\_

Banco Emisor: \_\_\_\_\_ Débito:  Crédito:

**Autorizo para que se realicen los intentos de cobro necesarios para tener al día mi póliza (s) de seguros, si por algún motivo mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito/débito no contara con la disponibilidad al momento del cargo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del cuentahabiente/ tarjetahabiente

\_\_\_\_\_  
Nombre y No. de Contacto del  
cuentahabiente/tarjetahabiente