5a. Avenida 5-55 zona 14, Europlaza, Torre IV, PH
01014 Guatemala, Guatemala, C.A.
PBX: (502) 2375-5000 / (502) • **FAX:** 2328-5001
www.mapfre.com.gt

Seguros MAPFRE | GUATEMALA

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE COBRO POR MEDIO DE DEBITO A TARJETA DE CREDITO

Póliza No:
Corredor/Agente:

Fecha: Guatemala, ____/____/____

Nombre del Asegurado:
Nombre del Tarjetahabiente:

Telefono Residencia u Oficina:
Telefono Celular:
Correo Electronico:

Número de Tarjeta de Credito:																			

Fecha de Vencimiento de la Tarjeta de Credito:		
	Mes	*Año*

Tipo de Tarjeta:		VISA
		MASTER CARD

Banco o Empresa Emisora de la Tarjeta:

Los débitos deben realizarse en la siguiente quincena del mes:	*Antes del día 15*	*Después del día 15*

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 DEBITO AUTOMATICO REALIZADO A MI TARJETA DE CREDITO, DE LA CUAL LOS DETALLES SE INDICAN ARRIBA.

ASI MISMO, AUTORIZO UTILIZAR EL PRESENTE FORMULARIO PARA REALIZAR LOS DEBITOS CORRESPONDIENTES A FUTURAS RENOVACIONES DE MI POLIZA, A MENOS QUE NOTIFIQUE LO CONTRARIO, TANTO 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	Cedula de Vecindad No.

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.***