



DATOS PERSONALES

Nombre del asegurado: _____

Cédula/Pasaporte: _____

DATOS DE PÓLIZA

No. de Póliza(s): _____ Ramo: _____

No. de Póliza(s): _____ Ramo: _____

No. de Póliza(s): _____ Ramo: _____

Monto autorizado B/:

Tipo de pago: Mensual Bimestral Trimestral Anual

DATOS DE TARJETA DE CRÉDITO

No. de Tarjeta: _____ Fecha de Expiración: _____ Banco Emisor de la Tarjeta: _____

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN DE SU PREFERENCIA

Tipo de tarjeta: Visa Mastercard

Por medio de la presente autorizo a La Regional de Seguros a cargar mensualmente en mi tarjeta antes descrita, la suma de la prima mensual, de la póliza(as) antes indicada. Esta autorización se mantendrá vigente, salvo que se notifique por escrito a La Regional de Seguros con 30 días calendario de anticipación; así mismo se debe notificar con 30 días calendario de anticipación de la cancelación o vencimiento anticipado de dicha tarjeta. De no haber suficiente fondo en mi tarjeta me comprometo a depositar en el Banco inmediatamente después de notificada tal situación, las sumas necesarias para cancelar el pago a La Regional de Seguros. La información en este documento es confidencial y privilegiada, está destinada exclusivamente para el uso de la entidad a la cual está dirigida y no podrá ser publicada o utilizada por terceras personas.

Nombre del titular de la tarjeta

Firma

Cédula

Fecha: Día Mes Año