

Guatemala, _____



Señores:
SEGUROS AGROMERCANTIL, S. A.
Departamento de Emisión y Cobros
Ciudad

Estimados Señores:

Por este medio autorizo para que sea cargado a mi tarjeta de crédito o debitado a mi cuenta de ahorro o monetaria BAM en concepto de pago de prima la póliza o certificado de seguro, de acuerdo a lo siguiente:

RAMO	PÓLIZA	CERTIFICADO

Los débitos se realizarán en base a la fecha de vencimiento de los requerimientos. Si desea programar en alguna otra fecha favor de especificar la misma. Únicamente los débitos de las pólizas de Gastos Médicos SAVE y BAMSALUD se programan para el 15 de cada mes.	FECHA DE CARGO

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO				
Nombre completo del Asegurado:				
Documento Personal de Identificación (DPI):				
Teléfonos:	Celular:	Casa:	Oficina:	Otro:
Correo electrónico:				

MEDIOS DE COBRO	
CARGO A TARJETA DE CRÉDITO O DEBITO	DEBITO A CUENTA BAM

Nombre Tarjetahabiente / Cuentahabiente		Fecha Vencimiento:
Número de Tarjeta:		
Nombre del Banco Emisor:		Moneda:
Número De Cuenta BAM		

Intermediario:	Código:	Nombre:

Solicitud Visa Cuotas	No. De Visa Cuotas: 6 Cuotas	3 Cuotas
------------------------------	-------------------------------------	----------

Nota Importante:

Si por algún motivo la Tarjeta o Cuenta no tuviera disponibilidad en la fecha de programación del débito, al siguiente mes se debitará la cuota del mes anterior y la del mes que corresponde para no caer en mora.

Firma del Asegurado y/o Contratante

Firma Tarjetahabiente / Cuentahabiente