

Fecha:

Póliza No.:

Nombre del Asegurado:

**I. FORMA DE PAGO:**

Por este medio autorizo a Ficohsa Seguros S.A., a debitar la(s) prima(s) correspondiente(s) de mi Seguro de:

Automóvil  Daños  Caución  Vida  Gastos Médicos  Accidentes Personales **II. MEDIO DE PAGO:****TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO ELECTRÓNICO**

Titular de Tarjeta de Crédito o Débito

Tarjeta No.:

Banco Emisor:

Fecha Vencimiento: (Mes) / (Año)

Visa:  Master Card:  Credomatic:  American Express:  Otro: Visa Cuotas/Credi Cuotas/Master Cuotas:  Cuotas: 3  6  10 **III. OBSERVACIONES:**

Acepto que las primas de mis seguros se cobrarán de acuerdo al vencimiento de los pagos fraccionados.

En caso que los cargos a mi Tarjeta de Crédito no sean debitados, mi seguro quedará sin efecto.

La vigencia de la presente autorización continuará al renovarse mi Tarjeta de Crédito, por lo que me comprometo a notificar a Ficohsa Seguros S.A. la nueva fecha de vencimiento, cada vez que sea renovada.

En caso de pérdida o robo debo informar de inmediato a Ficohsa Seguros S.A.

Esta Autorización de Cobro no aplica programación automática en caso de renovaciones o inclusiones; para lo anterior es necesario contar con una nueva autorización del Asegurado o Intermediario.

Firma Autorizada

DPI

Ficohsa Seguros, S.A. 18 calle 5-56 zona 10, Edificio Unicentro, nivel 11, Guatemala, Guatemala, C.A.  
Teléfono (502) 2328-9100 • www.ficohsa.com/gt