

Fecha: Guatemala,

**INFORMACIÓN PÓLIZA:**

No Póliza(s):

Responsable de pago:

No Certificado(s):  No Requerimiento(s):

Vigencia:  -  \*\*No aplica para renovaciones o inclusiones.

A través del presente formulario autorizo a Ficohsa Seguros, S.A. a realizar débitos a mi tarjeta de crédito/débito, según datos detallados a continuación, para el pago de las primas de seguros, durante la vigencia actual.

**INFORMACIÓN DE PAGO:**

Nombre tarjetahabiente:

No de Tarjeta:  -  -  -  Vencimiento:      
M M A A

Banco Emisor:  Débito:  Crédito:  Moneda: (Q):  (\$):

Contado:  Cuotas: 3:  6:  10:  \*\*Cargos en cuotas aplican restricciones.

\*\*solo para programación de cargos para cobro recurrente.

- El proceso de cobro recurrente se realiza el penúltimo día hábil antes del cierre de quincena o fin de mes.

**COBRO RECURRENTE:** Quincena:  Fin de mes:

- Acepto que es mi responsabilidad garantizar el pago a Ficohsa Seguros, S.A., por medio de mi saldo en la tarjeta de crédito y/o débito registrada.
- Si por algún motivo no contara con disponibilidad al momento del cargo, autorizo a Ficohsa Seguros, S.A. para que realicen los intentos de cobro necesarios para estar al día en el pago de mi póliza(s) de seguro.
- Me comprometo a notificar a Ficohsa Seguros, S.A. cualquier cambio de número de tarjeta o fecha de vencimiento por renovación, robo ó extravío.
- El presente formulario de autorización no aplica para programación de cobro recurrente en caso de renovación o inclusiones; por lo anterior, es necesario contar con una nueva autorización por parte del asegurado o intermediario de seguros.

Firma del Tarjetahabiente

No DPI:

No Teléfono:

