



Guatemala, de

de 20 .

Señores  
ASEGURADORA GENERAL, S.A.:

Por este medio autorizo a que carguen a mi tarjeta de crédito los cobros de las primas de seguro de la(s) póliza(s) abajo descritas de acuerdo al plan de pagos de cada una de ellas:

**PÓLIZA DE DAÑOS**

RAMO	PÓLIZA No.	ENDOSO	VALOR PRIMA	*DÍA DE CARGO A LA TARJETA

**PÓLIZAS DE VIDA Y MEDIFLEX, PRÉSTAMOS**

RAMO	PÓLIZA No.	CERTIFICADO	VALOR PRIMA	*DÍA DE CARGO A LA TARJETA

**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

DPI: \_\_\_\_\_ Extendida en: \_\_\_\_\_

Nombre del tarjetahabiente: \_\_\_\_\_

Nombre del banco/empresa emisora: \_\_\_\_\_ VISA CREDOMATIC

Número de tarjeta de crédito: (\_\_\_\_)-(\_\_\_\_)-(\_\_\_\_)-(\_\_\_\_). Vencimiento(mes): (\_\_\_\_) (año): (\_\_\_\_)

Teléfono(s), Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\*La fecha de pago no debe excederse a 30 días mayor a la fecha de vencimiento del pago.

\_\_\_\_\_  
(f) Asegurado y/o contratante

\_\_\_\_\_  
(f) Tarjetahabiente

