BMI COMPANIES

AUTORIZACION DE PAGO MANUAL
BEST MERIDIAN INSURANCE

INFORMACION POLIZA

Póliza #: _____ Nuevo Negocio ☐ Renovación ☐

Tipo de Póliza: ☐ Salud ☐ Vida ☐ Platinum ☐ Otro

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____

Teléfono: _____

E-mail Primario: _____ E-mail Opcional: _____

INFORMACION (Tarjeta de Crédito)

Titular: _____

Tipo de Tarjeta: ☐ American Express ☐ Diner's Card ☐ Master Card ☐ Visa

Número de Tarjeta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha de Expiración: _____ Mes _____ Año

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____

Teléfono: _____

E-mail Primario: _____ E-mail Opcional: _____

Valor de la Prima: _____ Modalidad de Prima: _____

2% Cargo _____

Total: _____

Codigo de Seguridad de Tarjeta de Crédito_____

Autorizo a BMI Companies a cargar los valores de esta póliza a la tarjeta de crédito indicada.
(Todos los campos de este formulario son requeridos)

Firma: _____

Fecha: _____