



Señores  
ASEGURADORA GENERAL, S.A.:

Guatemala, de

de 20 .

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