

Por este medio autorizo a Aseguradora Confío, S.A. a realizar cargos a mi tarjeta de crédito/débito para el pago de primas de seguro con base a la siguiente información:

RAMO	PÓLIZA	CERTIFICADO

Nombre completo del Asegurado:			
Documento de Identificación:			
Teléfonos:	Celular:	Casa:	Oficina:
Correo electrónico:			

DATOS DE LA TARJETA

Número de Tarjeta: - - -

Banco Emisor: _____

Fecha de Vencimiento: ____/____/____ Valor: _____ Moneda: Q \$
Mes Año

Seleccionar una (1) opción para Visa Cuotas:

3 6 10

CUOTAS
(Marque una)

Visa en Cuotas
3, 6, 10 cuotas



Marcar

Cargo Automático

Únicamente pago de
Requerimiento No.

Los débitos se realizarán en base a la fecha de vencimiento de los requerimientos. Si desea programar en alguna otra fecha favor de especificar la misma. Únicamente los débitos de las pólizas de Gastos Médicos y SALUD se programan para el 21 de cada mes. No aplica para Vida Individual.

Indicar la fecha que se cobrará el mismo día de cada mes.

Fecha de Cobro: ____/____/____
No aplica Vida Individual

Fecha: ____/____/ 20__

Firma Tarjetahabiente

- Esta autorización faculta a la Aseguradora a efectuar los cargos por cobro de primas de la vigencia en curso, inclusiones, renovaciones, y aniversario de póliza.
- Los cargos se efectúan en la fecha de cobro de cada requerimiento.
- Esta autorización estará vigente mientras no se revoque por escrito a la Aseguradora con 15 días de anticipación a la fecha del próximo cargo.
- Para pólizas en dólares Vida Temporal Anual Renovable TAR e Investor´s Life aplica pago con tarjeta, únicamente si tiene requerimiento de pago pendiente.

DEBITOS AUTOMATICOS

Al no efectuar un cargo, por cualquier razón y se acumula más de una cuota; se realizará los cargos correspondientes a los requerimientos vencidos a fin de tener la póliza al día.

VISA / CREDO CUOTAS

- Este plan NO aplica a Seguro Colectivo.
- Sí la póliza es cancelada antes de su fecha de vencimiento y corresponde devolución de prima, se descontará un 7% sobre el valor a devolver.