

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la cédula de identidad personal  
No \_\_\_\_\_, por este medio autorizo que carguen las primas de las pólizas del Seguro  
identificadas con los Números\*\* \_\_\_\_\_

A mi tarjeta de crédito: Tipo: Visa  MasterCard  American Express  (señale uno)  
Número:     -     =     =      
Expiración:   Mes Año Código Verificador:

Del Banco: \_\_\_\_\_ Primas por: B/. \_\_\_\_\_

Para Cobrar: 16 \_\_\_\_\_ -O- 1° \_\_\_\_\_ de cada mes (marque uno)

Esta Autorización continuará vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y tendrá vigencia continua al momento de renovarse la pólizas. Solo podrá ser cancelada por mí mediante notificación escrita a Suramericana o por opción de la Compañía en caso de incumplimiento. Ni la Compañía ni el banco tendrán responsabilidad alguna aunque dicha omisión ocasione la pérdida del seguro

El importe de las primas está sujeta a modificaciones ya sea por el asegurado o por la compañía, y serán igualmente presentada al banco para su cobro, dependiendo de las variaciones en el monto de las primas.  
El Cliente se hace responsable de notificar a la Compañía, el vencimiento y cualquier cambio de tarjeta, la empresa no se hace responsable.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Dueño de la Tarjeta

\_\_\_\_\_  
Firma (igual que en la tarjeta)

\_\_\_\_\_  
Cédula

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información Adicional:**

Nombre del Asegurado (en caso de no ser el tarjetahabiente): \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Tarjetahabiente

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**\*\*Si es una póliza nueva, este campo será asignado por la compañía al momento de su emisión.**

**NOTA IMPORTANTE:** ESTE FORMULARIO DEBE IR ACOMPAÑADO DE LA COPIA DE LA CEDULA Y TARJETA DE CRÉDITO