

# AUTORIZACIÓN PARA CARGO AUTOMÁTICO EN TARJETA DE CREDITO, DÉBITO O CUENTA DE CHEQUES

Autorizo a INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. que por conducto del banco y con base en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa y/o Master Card, American Express o mi cuenta de cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la póliza contratada.

Esta autorización forma parte de la solicitud del seguro y se deberá anexar a la misma, en caso contrario se considerará el cobro mediante el agente.

## MARCAR TIPO DE PÓLIZA

Solicitud nueva  | Póliza en vigor  No. de póliza \_\_\_\_\_

## ESTOS MONTOS DEBERÁN SER APLICADOS AL SIGUIENTE INSTRUMENTO BANCARIO

Banco \_\_\_\_\_ Tarjeta de débito  Tarjeta de crédito  Cuenta de cheques

En caso de ser cuenta de cheques No. CLABE \_\_\_\_\_

En caso de ser tarjeta de crédito o débito No. de plástico \_\_\_\_\_

Vencimiento mes / año mm / aa Código de seguridad \_\_\_\_\_

El cargo se efectuará en la fecha de inicio de vigencia de los recibos y de acuerdo a la forma de pago seleccionada, en caso de requerir un día de cobro diferente favor de especificarlo \_\_\_\_\_

En caso de robo o extravío de mi tarjeta me comprometo a hacer el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) mediante depósito bancario, hasta en tanto el banco me entregue la reposición y solicite nuevamente a INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. el servicio de cargo automático.

## EN CASO DE QUE POR CUALQUIER CAUSA LA TARJETA DE CRÉDITO, DÉBITO O CUENTA DE CHEQUES SEA RECHAZADA

Me obligo a hacer el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) mediante depósito bancario o con cargo al instrumento financiero que a continuación detallo como segunda opción

Banco \_\_\_\_\_ Tarjeta de débito  Tarjeta de crédito  Cuenta de cheques

En caso de ser cuenta de cheques No. CLABE \_\_\_\_\_

En caso de ser tarjeta de crédito o débito No. de plástico \_\_\_\_\_

Vencimiento mes / año mm / aa Código de seguridad \_\_\_\_\_

## VIGENCIA Y CANCELACIÓN

La autorización se extiende por el tiempo de la vigencia de la póliza y de sus renovaciones con el objetivo de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales. Para cancelar o modificar la presente autorización me comprometo a notificarlo por escrito con 30 días de anticipación a la fecha del cargo.

**IMPORTANTE** La póliza se cancelará si no pudiera realizarse el cargo por causa de rechazo y no se realice el pago mediante depósito bancario, de acuerdo a las condiciones generales de dicha póliza.

## DATOS DEL TARJETAHABIENTE / CUENTAHABIENTE

Apellido paterno, materno y nombre(s) \_\_\_\_\_

### DOMICILIO

Calle (No. exterior, No. interior) \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación / Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad / Población \_\_\_\_\_ Entidad federativa (estado) \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Tel. particular \_\_\_\_\_ Tel. oficina \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Parentesco con el asegurado \_\_\_\_\_

Lugar y fecha

Firma del TARJETAHABIENTE /  
CUENTAHABIENTE