

Guatemala, ____ de _____ de 20 ____.

Señores
Aseguradora General, S.A.:

Por este medio autorizo el cobro de la siguiente póliza:

RAMO	PÓLIZA No./CERTIFICADO	AÑO / ENDOSO	CUOTAS AUTORIZADAS		VALOR PRIMA TOTAL
			3	6	
			10		

Con cargos a la tarjeta de crédito siguiente:

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

Nombre del asegurado: _____

DPI: _____ Extendida en: _____

Nombre del Tarjetahabiente: _____

Nombre del banco/empresa emisora: _____

Número de tarjeta crédito: (____) - (____) - (____) - (____). Vencimiento (mes): (____) (año): (____)

Teléfono(s), casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Observaciones: _____

*NOTA: Bajo ningún motivo se efectuarán devoluciones después de efectuado el cobro.

(f) Asegurado y/o contratante_____
(f) Tarjetahabiente