



ASEGURADORA LA CEIBA

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE COBROS TARJETA DE CRÉDITO EN NEO-CUOTAS / CREDI-CUOTAS

Guatemala, _____ de _____ del _____

A través de este formulario autorizo a Aseguradora la Ceiba, S.A., a realizar cobros desde mi tarjeta de crédito/débito, en base al detalle a continuación:

DATOS DEL TARJETAHABIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

DPI: _____ Celular: _____

Correo Electrónico : _____

TIPO DE OPERACIÓN:

PÓLIZA NUEVA: PAGO DE PÓLIZA (RENOVACIÓN): PAGO DE DEDUCIBLE PAGO DE TIMBRES:

No. de Póliza: _____ Nombre de la póliza: _____

NO. DE TARJETA:

FECHA DE VENCIMIENTO TARJETA: _____ MONTO A DEBITAR: Q.



BANCO EMISOR: _____

Pago al contado o Cuotas: CONTADO 3 CUOTAS 6 CUOTAS 10 CUOTAS 12 CUOTAS

Programacion de cobro recurrente: 3 DÍA DEL MES 15 DE CADA MES 25 DE CADA MES

*Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad asegurarme de pagar mensualmente a Aseguradora La Ceiba S.A. por medio de mi saldo disponible en la tarjeta de crédito o débito colocada dentro de este formulario. En caso de que el débito sea denegado por el emisor de la tarjeta, tengo la certeza de que la Aseguradora tiene el derecho de cancelar mi póliza debido a la falta del pago en el periodo seleccionado y acordado.

*Me comprometo a notificar cualquier cambio de número de tarjeta, fecha de vencimiento, o pérdida, en un período de tiempo prudencial para evitar complicaciones al momento del pago.

*Esta autorización es válida únicamente para renovación de pólizas y/o pólizas nuevas que hayan sido suscritas bajo este mismo formulario.

Firma del Asegurado

Firma del tarjetahabiente

Visite nuestra página Web si desea realizar su pago con tarjeta de débito/crédito ingresando a www.aceiba.com.gt



¡Escanéame!



ASEGURADORA LA CEIBA

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE COBROS TARJETA DE CRÉDITO EN NEO-CUOTAS / CREDI-CUOTAS

Guatemala, _____ de _____ del _____

A través de este formulario autorizo a Aseguradora la Ceiba, S.A., a realizar cobros desde mi tarjeta de crédito/débito, en base al detalle a continuación:

DATOS DEL TARJETAHABIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

DPI: _____ Celular: _____

Correo Electrónico : _____

TIPO DE OPERACIÓN:

PÓLIZA NUEVA: PAGO DE PÓLIZA (RENOVACIÓN): PAGO DE DEDUCIBLE PAGO DE TIMBRES:

No. de Póliza: _____ Nombre de la póliza: _____

NO. DE TARJETA:

FECHA DE VENCIMIENTO
TARJETA: _____

MONTO A DEBITAR: Q.



BANCO EMISOR: _____

Pago al contado o Cuotas: CONTADO 3 CUOTAS 6 CUOTAS 10 CUOTAS 12 CUOTAS

Programacion de cobro recurrente: 3 DÍA DEL MES 15 DE CADA MES 25 DE CADA MES

*Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad asegurarme de pagar mensualmente a Aseguradora La Ceiba S.A. por medio de mi saldo disponible en la tarjeta de crédito o débito colocada dentro de este formulario. En caso de que el débito sea denegado por el emisor de la tarjeta, tengo la certeza de que la Aseguradora tiene el derecho de cancelar mi póliza debido a la falta del pago en el periodo seleccionado y acordado.

*Me comprometo a notificar cualquier cambio de número de tarjeta, fecha de vencimiento, o pérdida, en un período de tiempo prudencial para evitar complicaciones al momento del pago.

*Esta autorización es válida únicamente para renovación de pólizas y/o pólizas nuevas que hayan sido suscritas bajo este mismo formulario.

Firma del Asegurado

Firma del tarjetahabiente

Visite nuestra página Web si desea realizar su pago con tarjeta de débito/crédito ingresando a www.aceiba.com.gt

