

**COBRO ELECTRÓNICO UNIFICADO****GESTIÓN DE COBRO**

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A través de este formulario autorizo a la Compañía de Seguros G&amp;T, S.A. a realizar débitos y/o cargos a mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito/débito, para el pago de primas de seguro, en base al detalle a continuación:

- Pago por única vez
- Programación de cobro recurrente en:  Quincena  Fin de Mes
- Pago por medio de Visacuotas o Credicuotas

No. Póliza(s) y Certificado(s): \_\_\_\_\_

Responsable de pago: \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta y correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**DÉBITO A CUENTAS DE BANCO G&T CONTINENTAL**No. de Cuenta Monetaria:     -        - No. de Cuenta de Ahorro:     -  -       - **CARGOS A TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO**No. de Tarjeta:     -     -     -     Vencimiento: \_\_\_\_\_Banco Emisor: \_\_\_\_\_ Débito:  Crédito: 

\*\*\*\*Los cargos recurrentes se realizarán en la fecha de vencimiento de sus requerimientos de pago

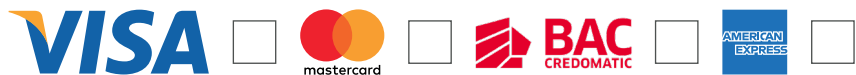
\*\*Esta autorización es válida para todas las renovaciones de la(s) póliza(s) detalladas.

\*\*Cualquier cambio en el medio de pago para la renovación, deberá ser notificado a la Cía. con 15 días de anticipación al inicio de su nueva vigencia.

\*\*Si existiera cambio o actualización de plástico por bloqueo o vencimiento, deberá de ser notificado al área de cobros.

**Autorizo para que se realicen los intentos de cobro necesarios para tener al día mi póliza (s) de seguros, si por algún motivo mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito/débito no contara con la disponibilidad al momento del cargo.**

## CARGO EN VISACUOTAS O CREDICUOTAS



### Cargos en cuotas a la Tarjeta de Crédito.

No. de Tarjeta:     -     -     -     Vencimiento: \_\_\_\_\_

Banco Emisor: \_\_\_\_\_

**\*Pagos en cuotas aplica para montos menores a Q100,000.00 o su equivalente en dólares para prima total.**

CUOTAS:	3	6
MONTO TOTAL A PAGAR:		

\*\*Pólizas en dólares, el monto del requerimiento de pago se trasladará a quetzales según el tipo de cambio de la aseguradora.

\*\*Adjuntar al presente formulario, fotocopia de DPI del titular de la tarjeta\*\*

\*\*Esta autorización es válida para todas las renovaciones de la(s) póliza(s) detalladas.

\*\*Cualquier cambio en el medio de pago para la renovación, deberá ser notificado a la Cía. con 15 días de anticipación al inicio de su nueva vigencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta o cuenta

\_\_\_\_\_  
Nombre y teléfono de contacto