Seguros MAPFRE | GUATEMALA

Avenida La Reforma 9-55 zona 10, Edificio Reforma 10, Nivel 1, Oficina 105, Guatemala, Guatemala C.A.
PBX (502) 2375-5000 / (502) 2328-5000

Lugar y fecha: Guatemala, _____ | _____ | _____

AUTORIZACIÓN DE COBRO POR TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO

Por medio del presente formulario autorizo a MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A., cobrar las primas de seguro correspondientes a la(s) póliza(s) indicada(s), mediante débito automático a mi tarjeta de crédito o débito indicada en el cuadro adjunto. Así mismo confirmo que el numero proporcionado podrá ser utilizado en la renovación de las mismas y que cualquier modificación de la tarjeta de crédito o débito, lo estaré notificando anticipadamente y por escrito.

Número de Póliza (s):	
Nombre del Asegurado:	
Nombre del Tarjetahabiente:	
Teléfono(s) de Contacto:	
Correo electrónico:	

Tipo de Tarjeta:		**VISA**		
		MASTER CARD / AMEX		
Número de Tarjeta de Crédito:				
Fecha de Vencimento:	**Mes**		**Año**	
Banco emisor de la Tarjeta:				

Pago de Contado:		**Especificar fecha para realizar débito:**	
Débito Mensual a la Tarjeta:		**Especificar fecha para realizar débito:**	

CUOTAS CON TARJETA DE CRÉDITO ¡SIN RECARGO!

MAPFRE te brinda la oportunidad de ahorrar en el pago de la prima de tu(s) póliza(s) por medio de cuotas con Tarjeta de Crédito sin cargo adicional. **Tomar nota que las opearaciones mayores de Q.30,000 deben ser aprobadas previamente por la Compañía y pueden ser sujetas a recargo**.

Indicar la cantidad de cuotas a cargar a la Tarjeta de Crédito								**Especificar fecha para realizar cargo:**
3		**6**		**10**		**12**		

_____ **Firma Autorizada**	_____ **DPI**

IMPORTANTE:

- Los cargos en **Moneda Extranjera** se aplicarán en **Quetzales** según la tasa de cambio de MAPFRE del día a debitar.
- Cualquier inconveniente con la aplicación de este formulario comunicarse al departamento de cobros MAPFRE **PBX** (502) 2375-5000 Extensión 5235 o al correo electrónico **cobros@mapfre.com.gt**