

AUTORIZACION INDIVIDUAL DE COBRO

La primera cuota debe adjuntarse a la solicitud para que la misma pueda ser tramitada.

Plan Seleccionado _____ Plan Dental SÍ NO

Inclusión de Dependientes SI NO

Cambio de Plan SI NO

Por este medio autorizo a Seguros El Roble, S.A. a debitar la(s) prima(s), correspondiente(s) a mi seguro de Vida y Gastos Médicos, **el primer día hábil** del mes.

Forma de Pago:

Anual Semestral Trimestral Mensual

Prima según forma de pago Q. _____

Autorizo uno (1) de los siguientes medios, para debitar el pago de la prima:

Tarjeta de Crédito No. _____ Emisor: _____

Fecha de Vencimiento: _____ / _____
MES AÑO

Cuenta de Banco Industrial Monetaria Ahorro No. _____

Cheque otros Bancos* Efectivo* *(Únicamente en pago anual, semestral y trimestral)

Por este medio entiendo y acepto que se continuarán con los cobros indicados de acuerdo a la forma de pago, hasta que YO notifique por escrito a Seguros El Roble, S.A., lo contrario de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

La Compañía no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de la prima, ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no sentará precedente.

Facturación a Nombre de: _____ NIT: _____

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Titular de la Cuenta a Debitar **

Firma Autorizada

Fecha

** Si el responsable del pago de la prima difiere del asegurado titular.