



ASEGURADORA GENERAL

10 calle 3-17 zona 10
PBX: 1757
Email: servicio@general.com.gt
Asegúrese **mejor.com**

FORMULARIO TARJETA DE CRÉDITO

Guatemala de de

Señores
Aseguradora General:

Por este medio autorizo a que carguen a mi tarjeta de crédito los cobros de la(s) póliza(s) abajo descritas de acuerdo al plan de pagos de cada una de ellas:

PÓLIZAS DE DAÑOS

Ramo	Número de póliza	Endoso	Valor prima	Día de cargo a la tarjeta*

PÓLIZAS DE VIDA Y MEDIFLEX, PRESTAMOS

Ramo	Número de póliza	Endoso	Valor prima	Día de cargo a la tarjeta*

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO y/o CONTRATANTE

Nombre del asegurado: _____

Número de cédula: _____ Extendida en: _____

Nombre del Tarjetahabiente: _____

Nombre del Banco/ Empresa emisora: _____ Visa Credomatic

Número de tarjeta de Crédito: Vencimiento: _____ / _____
(Mes) (Año)

Teléfono(s) Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Observaciones: _____

*El día de cargo a la tarjeta no debe exceder la fecha de vencimiento del pago.

Asegurado y/o contratante

Tarjetahabiente