Compañía de Seguros, S.A.

# Autorización de pago de primas por tarjeta de crédito o débito

Yo, _____ , portador del Documento Único de Identidad No. _____

**Nombre impreso en la tarjeta**

por este medio autorizo de manera permanente, incondicional, irrevocable y por término indefinido hasta nuevo aviso que, ASSA Compañía de Seguros, S.A. y ASSA Vida, S.A., para que cargue automáticamente a mi tarjeta de crédito o débito el valor de las cuotas del y por el valor detallado en las ofertas respectivas.

| Nombre del Asegurado | Fecha de Cargo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Especificaciones Adicionales |
|---|
| |

## Datos del medio de pago

Todos los campos deberán ser completados obligatoriamente y una vez firmada esta Orden de Suscripción de Pago deberá ser enviada a **ASSA Compañía de Seguros S.A. y ASSA Vida S.A.** para su custodia y resguardo.

### Cuenta Principal

| Tipo de tarjeta | | | | Marca de tarjeta | | | | | | Banco emisor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Débito | | Crédito | | Visa | | MasterCard | | Amex | | |

| Número de tarjeta | Fecha de expiración |
|---|---|
| ____ - ____ - ____ - ____ | __ / __ |

### Cuenta alternativa

| Tipo de tarjeta | | | | Marca de tarjeta | | | | | | Banco emisor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Débito | | Crédito | | Visa | | MasterCard | | Amex | | |

| Número de tarjeta | Fecha de expiración |
|---|---|
| ____ - ____ - ____ - ____ | __ / __ |

**AUTORIZACION ESPECIAL:** Mediante la firma de esta Orden de Suscripción de Pago, yo "El Pagador" autorizo a **ASSA Compañia de Seguros S.A. y ASSA Vida S.A.**, a enviar instrucciones e ingresar la información contenida en esta solicitud en la plataforma de cargos, con el propósito de efectuar la programación de cargo automático en dicho sistema, y a realizar un intento de cargo a mi medio de pago el día de pago autorizado en el presente contrato en caso de ser tarjeta de débito, según el plan de pago que se hubiere convenido en la contratación, con la finalidad de almacenar y verificar la información detallada en esta solicitud con el propósito de efectuar un proceso de validación, administración, monitoreo y notificación de la suscripción durante la vigencia de la misma (lo anterior aplica para tarjetas de crédito y/o débito cuyas marcas sean VISA y/o MASTERCARD).

**NOTA:**

**I.** La presente autorización será válida para **ASSA Compañia de Seguros S.A. y ASSA Vida S.A,** dentro de la vigencia establecida y en sus renovaciones. En caso de desistir de esta forma de pago debo solicitar por escrito con 30 días de anticipación la desactivación.

**II.** En caso de que mi tarjeta de crédito o débito tenga cambios (fecha de vencimiento, cambio de plástico o reposición por robo y/o extravío) es mi responsabilidad gestionar con **ASSA Compañia de Seguros S.A. y ASSA Vida S.A.** la actualización de los datos.

**III.** Es mi responsabilidad mantener la disponibilidad suficiente en mi tarjeta de crédito o débito, a efecto que **ASSA Compañia de Seguros S.A. y ASSA Vida S.A.** pueda efectuar el o los cargos correspondientes para el pago de las cuotas del servicio, en los términos arriba indicados.

**IV.** Por medio de la presente autorización acepto el pago de las cuotas del servicio a través del cargo automático a mi tarjeta de débito o crédito y que la infracción a las obligaciones arriba descritas o cualquier otra que esté bajo mi responsabilidad que imposibilite el pago de las cuotas hará incurrir en mora la cuenta descrita, a partir del vencimiento de la cuota cuyo cargo fue rechazado.

Tel. Residencial: _____ Tel. Oficina: _____ Celular: _____

E-mail: _____ E-mail alternativo: _____

Dirección: _____

_____ Firma del Asegurado

_____ Fecha

Para uso de oficina

Enviar al Departamento de Cobros para su debido proceso