

Yo, _____, portador del Documento Único de Identidad

Nombre impreso en la tarjeta

No. _____, por este medio autorizo de manera permanente, incondicional, irrevocable y por término indefinido hasta nuevo aviso que, ASSA Vida, S.A., cargue las primas de pólizas de seguro según las condiciones estipuladas y por el valor detallado en las ofertas respectivas.

Nombre del Asegurado	Fecha de Cargo

Especificaciones Adicionales

 A mi tarjeta de Crédito Débito del Banco _____

 Visa Master Card American Express

 Número: - - - , que vence en /
En caso de Rechazo, proceder a cargar la siguiente tarjeta:

 A mi tarjeta de Crédito Débito del Banco _____

 Visa Master Card American Express

 Número: - - - , que vence en /
IMPORTANTE

- Autorizo a Banco de América Central S.A. y/o Credomatic de El Salvador, S.A. de C.V. a efectuar en mi tarjeta los cargos originados con ASSA Vida, S.A. en concepto de la cuota correspondiente, así como los ajustes correspondientes a la misma, por medio del sistema de cargo automático a la tarjeta.
- Me comprometo a mantener fondos suficientes en la(s) cuenta(s) detallada(s) para cubrir las operaciones y actualizar la información a Assa Vida, S.A. al correo assaescobros@assanet.com, cada vez que cambie, renueve o reciba una nueva tarjeta.
- Esta autorización sólo podrá ser cancelada por mí, mediante una notificación escrita dirigida a ASSA Vida, S.A. con una anticipación no inferior a 15 días hábiles a la fecha en la cual se desea hacer efectiva la cancelación del cargo automático.

Teléfono Residencial _____ Oficina/ Celular _____ E-mail _____

Dirección _____

 Firma del Asegurado

 Fecha

Enviar al Departamento de Cobros para su debido proceso

--