

SOLICITUD DE PAGO DE PRIMA CON CARGO AUTOMÁTICO

(Domiciliación)

OPCIONES DE FORMA DE PAGO DE PRIMAS CON CARGO AUTOMÁTICO (SELECCIONE UNA)				
Pago mediante tarjeta de:	Crédito <input type="checkbox"/>	Visa <input type="checkbox"/>	Master Card <input type="checkbox"/>	American Express <input type="checkbox"/>
	Débito <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Especifique <input type="text"/>	
	Servicios <input type="checkbox"/>	Banco <input type="text"/>		
Nombre del titular (como aparece en la tarjeta) <input type="text"/>				
No. de tarjeta <input type="text"/>	Código de Seguridad <input type="text"/>			
Fecha de vencimiento <input type="text"/>				
Pago mediante cuenta de cheques				
Banco <input type="text"/>				
No. de cuenta (CLABE): <i>(Invariablemente 18 dígitos)</i> <input type="text"/>				
Tipo de cuenta <input type="text"/>				
Moneda Nacional <input type="checkbox"/>				
Dólares <input type="checkbox"/>				
Nombre del titular de la cuenta <input type="text"/>				

Por medio del presente autorizo a INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V. para que efectúe los cargos necesarios generados por el pago de la(s) prima(s) correspondientes de esta póliza de acuerdo a su plan de pago, para que sean abonada(s) en la cuenta de cheques que INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V. indique.

El estado de cuenta en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta tanto INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V. no emita el recibo correspondiente.

En caso de que por cualquier causa la tarjeta de crédito se encuentre excedida en el límite de crédito autorizado o no exista saldo suficiente en mi cuenta bancaria, o éstas se encuentren canceladas, de conformidad con las disposiciones del contrato de apertura de crédito y/o cuenta de depósito y/o cheques celebrado(s) o que por cualquier causa dicho(s) contrato(s) dejen de estar en vigor, INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. cancelará el cargo, en cuyo caso me obligo a cubrir directamente en las oficinas de INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. el (los) importe(s) de la(s) prima(s) correspondiente(s).

Esta autorización estará vigente mientras no sea revocada por mí, mediante escrito dirigido a INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V., con por lo menos 30 días de anticipación a la fecha en que se pretenda surta sus efectos la revocación.

En caso de robo o extravío de mi tarjeta de crédito o de débito me obligo a hacer el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) directamente en las oficinas de INSIGNIA LIFE S.A. de C.V., hasta en tanto el Banco me entregue la reposición de la citada Tarjeta de Crédito/Débito, obligándome a solicitar nuevamente a INSIGNIA LIFE S.A. de C.V. el servicio de cargo automático una vez que el Banco me entregue la referida reposición.

El cese de efectos del contrato por falta de pago de primas operará si por causas imputables al asegurado no puede hacerse el cargo.

Nota: En caso de que el pago se vaya a realizar con tarjeta American Express es necesario que nos proporcione su dirección tal y como aparece en el estado de cuenta de la tarjeta.

Calle (No. exterior No. interior) <input type="text"/>	Colonia <input type="text"/>
Código Postal <input type="text"/>	País <input type="text"/>

Nombre y firma del CUENTAHABIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V.	
Nombre del cliente <input type="text"/>	
Número de Póliza <input type="text"/>	
Importe a pagar <input type="text"/>	Moneda nacional <input type="checkbox"/>
	Dólares <input type="checkbox"/>