

AUTORIZACIÓN PAGO DE PRIMAS POR TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO

Fecha: _____

Nombre: _____ Su Email: _____

Autorizo: ☐ Cargo único ☐ Cargo automático al vencer el seguro

Nombre asegurado	Número de póliza	Aseguradora	Monto

Moneda: ☐ Dólares ☐ Colones Tipo de seguro: ☐ Auto ☐ Hogar ☐ Médico ☐ Vida ☐ Otro

Información de la tarjeta: Visa ☐ Mastercard ☐ American Express ☐

Número

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Vence

--	--	--	--

** 3 dígitos del reverso

--	--	--

**** Campo obligatorio**

cuando se trate de AMEX

Autorización

Autorizo a Confía Sociedad Corredora de Seguros S.A a realizar el rebajo de los montos indicados en este documento.

Firma del Cliente