

Fecha: _____

Yo, _____, autorizo a **Seguros LAFISE Costa Rica S.A.**, para que realice los cargos automáticos a mi tarjeta, correspondiente(s) al pago de la(s) póliza(s) a nombre de _____

Datos de la tarjeta:Tipo de tarjeta: Crédito Débito

Número de la tarjeta: _____

Entidad emisora: _____

Tipo de tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____

Detalle de cargos:

Número de cargos autorizados: _____

Moneda _____

Monto de cada cargo: _____

Monto total de la prima anual: _____

Periodicidad de pago: Mensual (12) Trimestral (4) Semestral (2) Anual (1)

Me comprometo a mantener mi tarjeta en condiciones aptas para que estos cargos automáticos puedan ser aplicados, de acuerdo a la periodicidad establecida.

Me comprometo a informar a Seguros LAFISE Costa Rica S.A., en caso de cambio, de vencimiento o cualquier otra situación que impida aplicar los cargos autorizados.

En caso que mi póliza sea renovada, autorizo a Seguros Lafise Costa Rica S.A. a continuar aplicando el(los) cargo(s), en la frecuencia y monto(s) que se establezcan en las condiciones particulares de la póliza vigente? Si No

Acepto las condiciones presentes dentro de esta autorización y me comprometo a revisar los estados de cuenta, para verificar la aplicación del cargo.

Nombre del tarjetahabiente_____
Cédula_____
Firma

*No se aceptan tarjetas del tipo American Express.

Para uso exclusivo de Seguros LAFISE Costa Rica, S.A.

Número de póliza: _____

Actualización de datos de la Tarjeta

Número de la tarjeta: _____

Vencimiento: _____

Entidad emisora: _____

Tipo de tarjeta: _____