

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:

I DATOS DE LA TARJETATipo de tarjeta: Crédito Débito

Número de la tarjeta: _____ Entidad emisora: _____

Tipo de tarjeta: _____ Fecha de vencimiento: ____ / ____ / ____

II 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?

 Sí 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**PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS LAFISE COSTA RICA, S.A.**

Número de póliza: _____

Actualización de datos de la tarjeta

Número de la tarjeta: _____ Entidad emisora: _____

Tipo de tarjeta: _____ Fecha de vencimiento: ____ / ____ / ____