

**Exclusivo de Cobranzas**  
**PRIMA:** \_\_\_\_\_  
**VIGENCIA:** \_\_\_\_\_  
**CERT.** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION A SEGUROS CREFISA, S.A., PARA EL CARGO  
AUTOMATICO A MI TARJETA DE CREDITO**

Yo, \_\_\_\_\_  
Autorizo a **SEGUROS CREFISA, S.A.**; realizar debito mensual el día 01 de cada mes a mí tarjeta de crédito, por el valor correspondiente a la prima del seguro PSM según Certificado No. \_\_\_\_ a nombre de \_\_\_\_\_. En caso que mi Póliza sea aprobada en fecha posterior al inicio de la vigencia autorizo a que la primera prima mensual sea debitada de manera inmediata a la aprobación con el objetivo de cancelar el mes de inicio de cobertura, quedando los siguientes cargos en el día antes mencionado.

Proporciono a continuación información sobre la tarjeta de crédito a la que autorizo realicen los cargos:

**Tipo de Tarjeta de Crédito o Débito:**

Dinners Club	<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>
American Express	<input type="checkbox"/>	JBC	<input type="checkbox"/>
Master Card	<input type="checkbox"/>	Discover	<input type="checkbox"/>

Banco \_\_\_\_\_

No. de Tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

Identidad No. \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo y Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha y Firma del Tarjetahabiente \_\_\_\_\_

**Nota:** Se requiere adjuntar al Formato del débito copia de la tarjeta de crédito y tarjeta de identidad

**EXCLUSIVO PARA CORREDOR U OFICIAL DE NEGOCIOS:**

Confirmo que la información proporcionada en este documento fue verificada por mi persona.

Correduría \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_