

**AUTORIZACION INDIVIDUAL DE COBRO**

La primera cuota debe adjuntarse a la solicitud para que la misma pueda ser tramitada.

Plan Seleccionado \_\_\_\_\_ Plan Dental SÍ  NO

Inclusión de Dependientes SI  NO

Cambio de Plan SI  NO

Por este medio autorizo a Seguros El Roble, S.A. a debitar la(s) prima(s), correspondiente(s) a mi seguro de Vida y Gastos Médicos, **el primer día hábil** del mes.

**Forma de Pago:**

Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Prima según forma de pago Q. \_\_\_\_\_

Autorizo uno (1) de los siguientes medios, para debitar el pago de la prima:

Tarjeta de Crédito No. \_\_\_\_\_ Emisor: \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MES AÑO

Cuenta de Banco Industrial Monetaria  Ahorro  No. \_\_\_\_\_

Cheque otros Bancos\*  Efectivo\*  \*(Únicamente en pago anual, semestral y trimestral)

Por este medio entiendo y acepto que se continuarán con los cobros indicados de acuerdo a la forma de pago, hasta que YO notifique por escrito a Seguros El Roble, S.A., lo contrario de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

La Compañía no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de la prima, ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no sentará precedente.

Facturación a Nombre de: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Titular de la Cuenta a Debitar \*\*

Firma Autorizada

Fecha

\*\* Si el responsable del pago de la prima difiere del asegurado titular.