

Seguro de Gastos Médicos Mayores

AUTORIZACION INDIVIDUAL DE COBRO

Plan Seleccionado: Green Orange: Blue: Pink:

Póliza Número: _____

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

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral

Prima según forma de pago USD \$: _____

Por este medio autorizo a Seguros El Roble, S.A. uno de los siguientes medios, para debitar el pago de la prima:

a) Tarjeta de Crédito No. _____ Emisor: _____

Fecha de Vencimiento: _____ / _____
MES AÑO

b) Cuenta Banco Industrial: Monetaria: Ahorro: No. _____

c) Cheque:

Por este medio entiendo y acepto que La Compañía continuará con los cobros autorizados de acuerdo con la frecuencia y el medio 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.