



Autorización de cargo recurrente a tarjeta de crédito, débito o CLABE bancaria

Datos del asegurado

Nombre (apellido paterno, materno y nombres):

Correo electrónico:

Dirección (calle, número exterior, número interior, colonia, código postal, delegación/municipio, ciudad/población, entidad federativa, - excepto CDMX):

Teléfono:

Datos del cuentahabiente (si es diferente al asegurado)

Nombre (apellido paterno, materno y nombres):

Correo electrónico:

Dirección (calle, número exterior, número interior, colonia, código postal, delegación/municipio, ciudad/población, entidad federativa, - excepto CDMX):

Teléfono:

Datos de la tarjeta de crédito

Visa

Mastercard

Amex

Número de tarjeta:

Vencimiento:

Año:

Mes:

Periodicidad de pago:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Banco:

Datos de la tarjeta de débito o CLABE bancaria

Número de CLABE:

Número de tarjeta:

Vencimiento:

Año:

Mes:

Periodicidad de pago:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Banco:

El correo electrónico es requerido para la notificación de avisos de cobro al cliente.

Por virtud de este documento, autorizo a AIG Seguros México, S.A. de C.V. (AIG en adelante) a realizar cargos a la tarjeta o cuenta arriba indicada por concepto de pago de prima de la(s) póliza(s) a mi nombre, de acuerdo a la periodicidad de pago antes especificada, incluidas las renovaciones.

Monto máximo que autorizo en cada cargo por periodo de facturación: **el monto que requiera el pago de la póliza.**

Acepto que en caso de que el cargo no sea reflejado en mi estado de cuenta, se entenderá que la prima no ha sido pagada, por lo que, de no proceder con el pago a AIG en cualquier otra forma disponible, el seguro cesará sus efectos conforme a lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

Me obligo incondicionalmente a pagar a la orden del banco emisor de la tarjeta y al amparo del contrato de depósito o de apertura de crédito en cuenta corriente, celebrado para el uso de dicha tarjeta. Este documento sólo será negociable con el banco emisor.

Los datos contenidos en este documento serán usados con la finalidad de realizar el cobro de la prima del seguro. El tratamiento de los datos contenidos en este documento se realizará conforme al aviso de privacidad de AIG, que fue puesto a mi disposición, previamente a la firma de aceptación de este formato.

X

Firma del cuentahabiente:

Lugar y fecha: