

Nombre del asegurado: _____

Número de póliza (si se conoce): _____

Nombre de la cuenta: _____

Dirección del titular de cuenta: _____

Número de identificación del titular de cuenta: _____

Tipo de tarjeta de crédito: Visa MasterCardFecha de vencimiento:

Mes	Día	Año

Número de cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Modo de pago: Mensual Trimestral Semianual Anual***Nota: Para modo de pago mensual, sírvase someter el pago de prima inicial correspondiente a dos meses por medio de cheque, giro o transferencia electrónica.****Para facturación mensual solamente:** Solicitar fecha de facturación de la tarjeta de crédito. (Es necesario que conlleve fecha de antes del día 29 del mes.) _____

Como una conveniencia a mi favor, por este medio solicito y autorizo a la compañía de la tarjeta de crédito para que facture los pagos de primas a favor de CNA International Life Company, a mi cuenta de pagos, siempre y cuando se cuente con suficientes fondos para ser cobrables, al momento de la presentación.

También estoy de acuerdo que de no reconocerse dicho retiro, con o sin causa, y bien sea intencional o accidentalmente, la compañía de la tarjeta de crédito no acepta responsabilidad, aun cuando rehusar dicho pago tenga como consecuencia la pérdida del seguro.

Firma del titular de la tarjeta de crédito

Fecha

SOLICITUD DE PAGO PREAUTORIZADO POR TARJETA DE CRÉDITO

Concuerdo con las siguientes condiciones:

1. El infrascrito tiene el derecho a revocar esta autorización, al momento en que la Compañía reciba aviso escrito de dicha revocación.
2. De no reconocerse dicho retiro, la prima correspondiente al cargo que se presenta será considerado como incumplimiento de pago.

Firma del titular de la tarjeta de crédito

Fecha