FACTURACIÓN Y COBRANZAS

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SISTEMA DE PAGO POR TARJETA DE CRÉDITO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

* Todos los campos son obligatorios

ALTA ☐ BAJA ☐ MODIFICACIÓN ☐

SELLO DE ENTRADA

SOLICITUD DÉBITO Sres. Banco de Seguros del Estado, solicito se debite de la tarjeta de crédito más abajo detallada la/sPoliza/s que se describe/n y sus sucesivas renovaciones.

AVISO IMPORTANTE

En los Seguros de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales el descuento por este medio no se realizará en forma inmediata, comenzará una vez que su Banco procese la adhesión.

CÓDIGO DE ADHESIÓN	MONEDA	NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DEL SEGURO

Tarjeta	
Nombre completo del titular de la tarjeta	
Número de tarjeta de crédito	
Banco emisor de la tarjeta	
Vencimiento de la tarjeta	

Fecha ☐ Firma del Cliente Aclaración firma

C.I. código serial Celular

E-mail de contacto

DECLARACIÓN DEL CORREDOR

Declaro que los datos brindados a Banco de Seguros del Estado en el presente formulario, son reales y es la voluntad de mi Cliente el adherir a esta forma de pago las pólizas arriba mencionadas.

Corredor N° Firma del Corredor Aclaración de firma