



**WorldWide**  
Medical

## Pago de Primas Mediante Tarjeta de Crédito

Fecha:  d |  d |  m |  m |  a |  a |  a |  a

Quiero pagar mis primas de seguro mediante mi tarjeta de crédito:

<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>
Tarjetahabiente	<input type="text"/>			
No. de Tarjeta	<input type="text"/>	Fecha de Exp.	<input type="text"/> m   <input type="text"/> m   <input type="text"/> a   <input type="text"/> a	Código de Seguridad <input type="text"/>
Banco	<input type="text"/>			
Valor de la prima US\$	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Contratante	<input type="text"/>			
Póliza	<input type="text"/>	Factura	<input type="text"/>	
Asegurado	<input type="text"/>	Certificado	<input type="text"/>	
Forma de pago	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

### Observaciones

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### Términos y condiciones

Autorizo a WORLDWIDE MEDICAL ASSURANCE, Ltd. Corp., a debitar de manera recurrente, directa, automática y sin necesidad de notificación, de mi tarjeta de crédito la prima en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) establecida para la cobertura de la póliza señalada. Entiendo y acuerdo que WORLDWIDE MEDICAL ASSURANCE, Ltd. Corp., continuará debitando las primas futuras que sean generadas durante la vigencia de esta póliza de acuerdo a la periodicidad acordada. Me obligo a notificar por escrito a la Compañía en caso de cancelación de esta autorización, la cual se considerará efectiva con la debida recepción de la notificación. De haber insuficiencia de fondos cancelación o vencimiento de la Tarjeta de Crédito, WORLDWIDE MEDICAL ASSURANCE LTD CORP., dejará de efectuar los débitos, convirtiéndose en inmediatamente exigible la prima adeudada.

El firmante se obliga a mantener indemne a la Compañía por cualquier contingencia, reclamo o acción, sin importar su naturaleza, que resulten o pudieren resultar del débito para el pago de primas, renunciando a interponer acciones, demandas o reclamos en contra de la Compañía relacionadas con la autorización de débito automático.

El firmante deja especialmente establecido que podrá dar por cumplida la autorización de cobro por tarjeta de crédito mediante lo establecido en el presente acto, y faculta a la Compañía a presentar este documento por ante cualquier entidad en caso de que fuere requerido, liberando a WORLDWIDE MEDICAL ASSURANCE, LTD. CORP., de cualquier responsabilidad por los cargos realizados.

**Favor adjuntar copia de documento de identidad.**

Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------	----------------------

\_\_\_\_\_  
Firma