

## A. INFORMACIÓN DE PAGO

1. Nombre del dueño de la póliza: \_\_\_\_\_ 2. Número de póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Primer nombre      \_\_\_\_\_ Segundo nombre      \_\_\_\_\_ Primer apellido      \_\_\_\_\_ Segundo apellido

3. Modalidad de pago de la póliza:  Mensual     Trimestral     Semestral     Anual

4. Prima (cobertura base): US\$ \_\_\_\_\_

5. Prima por cobertura adicional opcional (riders): US\$ \_\_\_\_\_

## B. MÉTODO DE PAGO

Tarjeta de crédito     Tarjeta de débito     Cuenta Bancaria en EUA

Cantidad a cargar: US\$ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a Olé Insurance Group Corp. I.I. cargar a mi:  
Nombre completo



Nombre tal como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta: \_\_\_\_\_

CVC: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: mm / aa

Teléfono fijo del tarjetahabiente:  
( ) \_\_\_\_\_

Teléfono móvil del tarjetahabiente:  
( ) \_\_\_\_\_

\*Monto mínimo de prima para cargos a cuentas bancarias en los EUA es de **350 USD**

Cuenta Bancaria en EUA

Cuenta No.: \_\_\_\_\_

ABA: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo del dueño de la cuenta bancaria:  
( ) \_\_\_\_\_

Teléfono móvil del dueño de la cuenta bancaria:  
( ) \_\_\_\_\_

Simbolos internacionales (en azul) para distinguir el número de su cuenta, del número ABA, usando uno de sus cheques.



No se confunda: El número de cheque puede tener el símbolo C y puede tener ceros a la izquierda. La parte final es igual al número de la parte superior derecha.

\*El tiempo de procesamiento del cargo es de **5 días hábiles**

Relación con dueño de la póliza (en caso de que la tarjeta o cuenta no este a nombre del dueño de la póliza): \_\_\_\_\_

Dirección del tarjetahabiente o dueño de la cuenta bancaria, donde recibe el estado de cuenta: \_\_\_\_\_

Autorizo el cargo automático para cuotas recurrentes y cuotas aniversario:  SI     NO

Con mi firma en este documento autorizo a Olé Insurance Corp. I.I. a debitar directamente de la tarjeta de crédito, débito y/o cuenta bancaria indicada arriba, el pago de las primas de la póliza de seguro Olé descrita en el presente formulario de pago. Entiendo que si hay cualquier cambio en mi póliza de seguro Olé, la cantidad de prima aprobada puede cambiar. Entiendo que una fiel copia de este documento podría ser enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a Olé Insurance Group Corp I.I. debitar de mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro, a menos que yo indique lo contrario por escrito. En el caso que este cargo sea rechazado o denegado por cualquier razón, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro o la póliza podrá ser terminada, interrumpida o cancelada. Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras cuotas aniversario

\_\_\_\_\_  
Firma