



# FORMULARIO DE PAGO CON TARJETA

## Información de Póliza

Tipo de Póliza   Vida  Nuevo Negocio  
 Salud  Renovación

Número de Póliza

Dirección de Domicilio

Ciudad  País

Teléfono Casa  Teléfono Móvil

Correo electrónico

## Datos de Tarjeta de Crédito

Nombre tal como aparece en la tarjeta

Número de Tarjeta

Fecha de Vencimiento  CVC

Dirección de Facturación

Ciudad  País

Teléfono  Correo electrónico



VISA



MASTERCARD



AMERICAN EXPRESS

Yo \_\_\_\_\_ Autorizo a Best Meridian Insurance Company a debitar de mi tarjeta la cantidad de US\$ \_\_\_\_\_ correspondiente a la prima  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Firma del Titular de Tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Autorizo que estos datos de tarjeta de crédito queden registrados en cargo automático para el pago de la prima correspondiente en cada renovación.