

SOLICITUD DE CARGO AUTOMÁTICO



Datos del solicitante

Núm. Agente	Núm. Promotoría	Fecha
-------------	-----------------	-------

Nombre del contratante

Nombre (s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Número de póliza _____

Dirección de correo electrónico _____ R.F.C _____

Nombre del tarjetahabiente o cuentahabiente

Nombre (s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____



Tipo de trámite solicitado (Para todos los trámites anexar copia de identificación oficial del tarjetahabiente)

Tarjeta principal			Día de cobro			Prima a cobrar (planes flexibles)			Tarjeta secundaria (planes flexibles)		
Alta	Cambio		Alta	Cambio		Alta	Cambio		Alta	Cambio	

Cobro de vencimientos pendientes Cobro de cotización Cobro por única ocasión Otro (especificar)

Observaciones _____



Forma de pago

Tarjeta de débito CLABE bancaria Tarjeta de crédito Código de seguridad _____

Clabe o Núm. de tarjeta _____ (Núm. adicional impreso en tarjeta)

Nombre del banco _____ Día de cobro del mes correspondiente Vencimiento de la tarjeta _____

Otro día de cobro

Prima a cobrar (exclusivo para planes flexibles)

Prima básica *Prima planeada *Ambas

*Sólo con TDD ó Clabe *Aplica a partir de recibos subsecuentes

Opción de segunda tarjeta para prima planeada /AVE programado

CLABE o Núm. de tarjeta _____ Vencimiento de la tarjeta _____

Nombre del banco _____

El suscrito, autorizo expresamente a la Institución de Crédito indicada, para que realice los cargos que por concepto de pago de primas correspondan, a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria señalada a favor de **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.** Cada uno de los cargos que correspondan se aplicarán en la fecha especificada, debiendo la aseguradora enviar el recibo correspondiente con la leyenda de "Pagado" al domicilio señalado por el Contratante. En caso de no recibir dicho comprobante del pago, podré verificar en mi estado de cuenta el cargo correspondiente que hará prueba suficiente del pago realizado.

En caso de que por cualquier causa, no se realice el cargo a que hace referencia esta solicitud, el Contratante ó el Tarjetahabiente se comprometen a pagar a través de los medios de pago autorizados por **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.** Reconociendo desde este momento que en caso de no realizarse en los términos y condiciones establecidos en el contrato de seguro, este podrá cesar en sus efectos sin responsabilidad alguna para la institución aseguradora.

Firma del contratante

Nombre y firma del agente

Firma del tarjetahabiente o cuentahabiente

Firma del segundo tarjetahabiente o cuentahabiente
En caso de persona distinta a tarjetahabiente principal