



ZURICH®

# Solicitud-autorización de cargo único

19184

## Datos del emisor

Zurich Compañía de Seguros, S.A.  
ZSE 950306 M48  
Bvd. Manuel Avila Camacho No. 126,  
Col. Lomas de Chapultepec, 11000  
México, D.F.

## Nombre del cliente

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	No. de Póliza
Importe	Importe con letra		
\$			

## Datos de la tarjeta de crédito

Número de Tarjeta	Código de Seguridad	Fecha de vencimiento de la tarjeta	Banco emisor
		Mes:      Año:	

## Nombre del tarjeta - habiente

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)

## Autorización de cargo.

Acepto expresamente que los datos registrados en la presente solicitud, representan la opción seleccionada para que me sea(n) cargado(s) el(los) pago(s) de la(s) prima(s) de mi seguro contratado con Zurich Compañía de Seguros, S.A., por lo cual:

Autorizo a Zurich Compañía de Seguros, S.A., para que realice por mi cuenta los pagos por los conceptos que en este documento se detallan, con cargo al número de tarjeta de crédito.

Convengo que el banco receptor queda liberado de toda responsabilidad si el Emisor ejercitara acciones contra mí, derivados de la Ley o el Contrato que tengamos celebrado, y que el banco receptor no estará obligado a efectuar ninguna reclamación al Emisor; ni a interponer recursos de ninguna especie contra multas, sanciones o cobros indebidos, todo por lo cual, en caso de ser necesario, será ejecutado por mí.

Fecha

Lugar

Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
(día, mes y año)