

AUTORIZACION DE COBRO PARA TARJETAS DE CREDITO / DEBITO

P.O. Box 341899 • Austin, Texas 78734 • TEL (800) 756-7306

La tarjeta de crédito o débito utilizada solo puede pertenecer al titular de la póliza, asegurado, o pagador de la póliza (y aparecerá en la póliza como pagador), no puede ser una empresa, funeraria, agente o un tercero

Dirección de facturación – exactamente como aparece en la declaración de facturación:

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Dirección de Facturación Ciudad Estado Código Postal (_____) Teléfono

<input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito
Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover

Nombre de institución Financiera _____ Fecha de expiración (MM/AA) _____

Número de Cuenta (16 dígitos) _____ Código de Seguro (3 dígitos) _____

PAGO INICIAL

Yo autorizo a TEXAS SERVICE LIFE INSURANCE COMPANY para retirar de mi cuenta bancaria un pago de **UNA SOLA VEZ** para la póliza enumerada a continuación. El retiro se realizará **INMEDIATAMENTE** al presentar la aplicación de la póliza.

Quiero hacer un PAGO DE PRIMA INICIAL para mi póliza por la cantidad de: \$ _____

PRIMAS MODALES / PAGOS RECURRENTE

Por favor, pagar, y cargar a mi cuenta todos los cobros bancarios realizados por Texas Service Life Insurance Company.

En el mismo orden una vez cada (marque uno): Mensual Cuatrimestre Semestral Anual

Por la cantidad de: \$ _____ *****FECHA DE INICIO: _____ (MM/DD/AA)

Yo autorizo y solicito a TSL que cargue mi tarjeta de crédito o débito identificada arriba para el seguro de vida o las primas de anualidad según se seleccionó arriba. Esta autorización permanecerá vigente hasta ser cancelada por escrito por el titular de la cuenta y hasta que Texas Service Life Insurance reciba dicha notificación. Comprendo que cualquier cobro procesado dentro de un periodo de catorce (14) días del recibo de una solicitud escrita para cancelar esta autorización puede ser presentado a mi cuenta bancaria. Acepto que la Compañía estará totalmente protegida si paga cualquier cobro por un periodo de catorce (14) días después de recibir dicha notificación.

Acepto que el manejo de cada cobro, y sus derechos con respecto a ello, serán los mismos como si estuvieran firmados personalmente por mí. Además acepto que si ninguna *****FECHA DE COMIENZO** se cita arriba, la Compañía puede cobrar de mi cuenta ya sea durante (1) TREINTA (30) DIAS desde la fecha de la Póliza/Contrato o (2) la primer fecha de instalación escrita en la aplicación de seguro, o (3) Una fecha comunicada por la Compañía por escrito al titular de la cuenta. Y entiendo que estos cargos serán continuados hasta que mi póliza sea pagada por completo, o hasta que cancele los cargos para esta tarjeta de crédito o débito. También entiendo que estoy sujeto a cargos por parte de la compañía a mi tarjeta de crédito o débito si alguna prima hace que mi cuenta sobrepase su límite de cargos, y otros cargos que pueda hacer mi tarjeta pueden ser negados en tal caso, de conformidad con mi acuerdo de la tarjeta de crédito o débito, y sostengo que TSL inofensivo para el mismo.

Firma del Titular de la Cuenta

Fecha

de Agente

Nombre en letra de imprenta

USO OFICIAL SOLAMENTE: NB CS