

AUTORIZACIÓN DE COBRO PARA TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO



CONFIDENCIAL

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 tercero.

NÚMEROS DE PÓLIZA/CONTRATO:

Por favor complete esta forma y envíela por correo a nuestras oficinas administrativas a: Texas Service Life Ins Co, PO Box 341899, Austin, TX 78734. **NOTA IMPORTANTE:** Para proteger su información personal, le pedimos que **NO ENVÍE ESTE DOCUMENTO POR CORREO ELECTRÓNICO NI FAX.**

Dirección de Facturación de Tarjeta: ingrese exactamente cómo aparece en el estado de cuenta:

Nombre del Titular: _____

Dirección de Facturación _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono () _____

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

Banco Emisor _____ Fecha de Caducidad (MM/AA) _____
Número de Cuenta (16 dígitos) _____ Código de Seguridad (3 dígitos) _____

PAGO INICIAL

Yo autorizo a TEXAS SERVICE LIFE INSURANCE COMPANY para retirar de mi cuenta bancaria un **PAGO ÚNICO** 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 ("TSLIC").

Los pagos se realizarán (marque uno): Mensual Trimestral Semestral Anual

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

Yo autorizo y solicito a TSLIC que cargue mi tarjeta de crédito / 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 mi y hasta que TSLIC reciba dicha notificación. Entiendo que cualquier cargo procesado dentro de un periodo de catorce (14) días del recibo de una solicitud por escrito para cancelar esta autorización puede ser presentado para facturación a mi tarjeta de crédito / débito. Acepto que TSLIC estará totalmente protegida si paga cualquier cargo durante el periodo de catorce (14) días después de recibir dicha notificación.

Estoy de acuerdo en que su tratamiento de cada uno de estos cargos, sus derechos con respecto a ellos, serán los mismos como si estuvieran firmados personalmente por mí. Además acepto que si no se cita ninguna ***FECHA DE INICIO arriba, TSLIC puede cargar mi cuenta en (1) TREINTA (30) DÍAS a partir de la fecha de la Póliza/Contrato, (2) la primer fecha de pago que se muestra en la Solicitud de Seguro, o (3) una fecha comunicada por escrito por TSLIC al titular de la cuenta suscrito. Entiendo que estos cargos continuarán hasta que mi póliza haya sido pagada por completo, o hasta que cancele los cargos a esta tarjeta de crédito / débito. También entiendo que puedo estar sujeto a cargos por parte de la compañía de mi tarjeta de crédito / débito si alguna prima cobrada hace que mi cuenta sobrepase su límite de cargos, y otros cargos que pueda hacer a mi tarjeta pueden ser negados en tal caso, de conformidad con mi acuerdo de tarjeta de crédito / débito, y eximo a TSLIC de responsabilidad por los mismos.

Firma del Titular de la Tarjeta _____

Fecha _____

Núm. de Agente _____

Nombre en letra de molde _____

USO OFICIAL SOLAMENTE: NB CS