



Guatemala, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Señores  
Banco  
Ciudad

Por este medio autorizo a Banco \_\_\_\_\_, en forma indefinida y hasta nuevo aviso escrito, para que debite de mi cuenta abajo especificada la cantidad por concepto de facturas emitidas por Aseguradora General, S.A. en concepto de pago a prima de la(s) póliza(s), de acuerdo al plan de pagos de la misma.

### PÓLIZAS DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS

CÓDIGO ASEGURADO	PÓLIZA No.	CERTIFICADO No.	MONTO CUOTA				VALOR DE LA PRIMA
			Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	
			Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	
			Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	

### PÓLIZAS DE DAÑOS

RAMO	PÓLIZA No.	ENDOSO	AÑO / ENDOSO	FORMA DE PAGO	VALOR PRIMA TOTAL
				1 de Q	
				1 de Q	

### PÓLIZAS DE VIDA Y PRÉSTAMOS

CÓDIGO ASEGURADO	PÓLIZA No.	PRÉSTAMO No.	MONTO CUOTA				VALOR DE LA PRIMA
			Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	
			Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	
			Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	

#### DATOS GENERALES DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Cuenta de depósito monetario No.: \_\_\_\_\_

Cuenta de depósito de ahorro No.: \_\_\_\_\_

DPI: \_\_\_\_\_ Extendido en: \_\_\_\_\_

Teléfono(s), casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha de cobro: \_\_\_\_\_

Estoy enterado(a) que en caso que mi cuenta arriba especificada no contase con los fondos para efectuar el débito correspondiente, el Banco se abstendrá de hacerlo y lo pondrá en conocimiento de ASEGURADORA GENERAL S.A.

NOTA IMPORTANTE: Para las pólizas de Vida Universal, estoy enterado que cualquier modificación de forma de pago se cambiará en forma definitiva en el sistema e índice en el comportamiento de la tabla de valores proyectados de la misma, por lo cual autorizo dicha modificación a la(s) pólizas arriba descrita(s).

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma(s) registrada(s)

\_\_\_\_\_  
Nombre completo(s)