

Carta Autorización para Cargo Automático en Tarjeta de Crédito, Débito o Cuenta de Cheques

Por medio de la presente autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. a que por conducto del Banco de su elección y con base en el(los) Contrato(s) de Apertura de Crédito o Débito de mi(s) Tarjeta(s) afiliada(s) a Visa y/o Master Card, American Express o mi Cuenta de Cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la Póliza contratada.

Información de la Póliza

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| Póliza | No. de Póliza en Vigor (en su caso) | Ramo |
| <input type="checkbox"/> Nueva | | <input type="checkbox"/> Automóviles <input type="checkbox"/> Daños <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores / Accidentes Personales |

Cargo automático

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:

| Banco | Cargo* | CLABE (Débito o cuenta de cheques) | No. Plástico (Crédito o sólo débito Banamex) | Miembro desde (Año) | Vencimiento (Mes/Año) |
|-------|--------|------------------------------------|--|---------------------|-----------------------|
| 1° | | | | | |
| 2° | | | | | |
| 3° | | | | | |

*Cargo a: **D** = Tarjeta Débito, **C** = Tarjeta Crédito, **Ch** = Cuenta de Cheques, **DxN*** = Descuento por Nómina

Aplicable exclusivamente al Ramo de Automóviles

| | |
|--|--|
| Renovación automática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estoy enterado que la Aseguradora renovará año con año, en forma automática por periodos máximos de un año, la Póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido, sin embargo el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a la Aseguradora por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia. |
|--|--|

Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

- a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Aseguradora;
- b) Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la Aseguradora;
- c) Por rechazo bancario;
- d) Cualesquiera otra causa establecida en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta corriente de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscrito.

De acuerdo al párrafo anterior, me comprometo a mantener saldo suficiente para el pago del seguro contratado, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la Póliza y forma de pago seleccionado, quedando enterado y conforme que esta Póliza quedará cancelada por causas imputables al suscrito de acuerdo a lo previsto en las condiciones generales de la Póliza contratada.

En este sentido y en el supuesto caso de que por cualesquiera causas mi(s) Tarjeta(s) de Crédito, débito o cuenta de cheques o sus respectivas reposiciones no operaran el(los) cargo(s) automático(s) antes descrito(s), me comprometo a pagar oportunamente su(s) importe(s) en las oficinas de AXA Seguros, S.A. de C.V.

Extiendo la presente autorización por tiempo de vigencia de la Póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales; y por último, declaro estar enterado y de acuerdo en que los Estados de Cuenta Bancarios operen como recibo comprobante del cobro efectuado y que en su caso me obligo a manifestar por escrito a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** y con treinta días de anticipación la revocación de la presente Autorización.



Carta Autorización para Cargo Automático en Tarjeta de Crédito, Débito o Cuenta de Cheques

| Nombre del tarjetahabiente / Cuentahabiente | | | | |
|--|--|---------|---|---------------|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social | | | | |
| Domicilio | | | | |
| Calle | | | | |
| No. exterior | No. interior | Colonia | Delegación o municipio | Código postal |
| Población o ciudad | | Estado | Correo electrónico | |
| Tel. particular (con clave de ciudad) 01 | Tel. oficina (con clave de ciudad) 01 | | Tel. celular (con clave de ciudad) 044 | |
| Nota Importante | | | | |
| <p>Estimado Asegurado le recomendamos vigilar que en su estado de cuenta aparezca el cargo por la prima correspondiente al seguro que haya contratado y de acuerdo a la forma de pago pactada. En caso de que dicho cargo no aparezca en su estado de cuenta, o si de acuerdo a la forma de pago seleccionada después de aparecer el primer descuento se interrumpen los cargos a su cuenta, favor de notificar por escrito a su Agente de Seguros o a AXA Seguros, S.A. de C.V. mediante correo certificado o acuse de recibo entregados en el domicilio de la Compañía, contenido en la carátula de la Póliza. En caso de que la Compañía no reciba notificación por escrito del Agente y/o Asegurado y/o Contratante de cualquier irregularidad y de no haberse realizado el cargo por concepto de pago de la prima correspondiente dentro del periodo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza contratada, la Compañía procederá a la cancelación de la misma.</p> | | | | |
| Firma del tarjetahabiente / Cuentahabiente | | | Lugar y fecha | |
| | | | | |
| <p>La presente Carta Autorización forma parte integrante de la solicitud del Seguro y deberá obrar anexa a la misma, en caso contrario, se considerará bajo pago de conducto normal. Para complementar esta solicitud es necesario que anexe copia de lo siguiente: estado de cuenta reciente, identificación oficial por ambos lados.</p> | | | | |

Carta Autorización para Cargo Automático en Tarjeta de Crédito, Débito o Cuenta de Cheques

Por medio de la presente autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. a que por conducto del Banco de su elección y con base en el(los) Contrato(s) de Apertura de Crédito o Débito de mi(s) Tarjeta(s) afiliada(s) a Visa y/o Master Card, American Express o mi Cuenta de Cheques, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la Póliza contratada.

Información de la Póliza

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| Póliza | No. de Póliza en Vigor (en su caso) | Ramo |
| <input type="checkbox"/> Nueva | | <input type="checkbox"/> Automóviles <input type="checkbox"/> Daños <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores / Accidentes Personales |

Cargo automático

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece:

| Banco | Cargo* | CLABE (Débito o cuenta de cheques) | No. Plástico (Crédito o sólo débito Banamex) | Miembro desde (Año) | Vencimiento (Mes/Año) |
|-------|--------|------------------------------------|--|---------------------|-----------------------|
| 1° | | | | | |
| 2° | | | | | |
| 3° | | | | | |

*Cargo a: **D** = Tarjeta Débito, **C** = Tarjeta Crédito, **Ch** = Cuenta de Cheques, **DxN*** = Descuento por Nómina

Aplicable exclusivamente al Ramo de Automóviles

| | |
|--|--|
| Renovación automática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estoy enterado que la Aseguradora renovará año con año, en forma automática por periodos máximos de un año, la Póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido, sin embargo el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a la Aseguradora por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia. |
|--|--|

Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

- a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Aseguradora;
- b) Reposición(es) de tarjeta(s) no notificada(s) a la Aseguradora;
- c) Por rechazo bancario;
- d) Cualesquiera otra causa establecida en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito en cuenta corriente de mi(s) tarjeta(s); o por causas imputables al suscrito.

De acuerdo al párrafo anterior, me comprometo a mantener saldo suficiente para el pago del seguro contratado, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la Póliza y forma de pago seleccionado, quedando enterado y conforme que esta Póliza quedará cancelada por causas imputables al suscrito de acuerdo a lo previsto en las condiciones generales de la Póliza contratada.

En este sentido y en el supuesto caso de que por cualesquiera causas mi(s) Tarjeta(s) de Crédito, débito o cuenta de cheques o sus respectivas reposiciones no operaran el(los) cargo(s) automático(s) antes descrito(s), me comprometo a pagar oportunamente su(s) importe(s) en las oficinas de AXA Seguros, S.A. de C.V.

Extiendo la presente autorización por tiempo de vigencia de la Póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales; y por último, declaro estar enterado y de acuerdo en que los Estados de Cuenta Bancarios operen como recibo comprobante del cobro efectuado y que en su caso me obligo a manifestar por escrito a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** y con treinta días de anticipación la revocación de la presente Autorización.

| Nombre del tarjetahabiente / Cuentahabiente | | | | |
|--|--------------|--|------------------------|---|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social | | | | |
| Domicilio | | | | |
| Calle | | | | |
| No. exterior | No. interior | Colonia | Delegación o municipio | Código postal |
| Población o ciudad | | Estado | Correo electrónico | |
| Tel. particular (con clave de ciudad) 01 | | Tel. oficina (con clave de ciudad) 01 | | Tel. celular (con clave de ciudad) 044 |
| Nota Importante | | | | |
| <p>Estimado Asegurado le recomendamos vigilar que en su estado de cuenta aparezca el cargo por la prima correspondiente al seguro que haya contratado y de acuerdo a la forma de pago pactada. En caso de que dicho cargo no aparezca en su estado de cuenta, o si de acuerdo a la forma de pago seleccionada después de aparecer el primer descuento se interrumpen los cargos a su cuenta, favor de notificar por escrito a su Agente de Seguros o a AXA Seguros, S.A. de C.V. mediante correo certificado o acuse de recibo entregados en el domicilio de la Compañía, contenido en la carátula de la Póliza. En caso de que la Compañía no reciba notificación por escrito del Agente y/o Asegurado y/o Contratante de cualquier irregularidad y de no haberse realizado el cargo por concepto de pago de la prima correspondiente dentro del periodo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza contratada, la Compañía procederá a la cancelación de la misma.</p> | | | | |
| Firma del tarjetahabiente / Cuentahabiente | | | Lugar y fecha | |
| | | | | |
| <p>La presente Carta Autorización forma parte integrante de la solicitud del Seguro y deberá obrar anexa a la misma, en caso contrario, se considerará bajo pago de conducto normal. Para complementar esta solicitud es necesario que anexe copia de lo siguiente: estado de cuenta reciente, identificación oficial por ambos lados.</p> | | | | |