

Orden De Suscripción De Pago Y Declaración Del Solicitante / Tarjetahabiente

Asesuisa

Las respuestas y datos que deben consignarse en este documento han de ser claros, precisos y de la más rigurosa exactitud considerándose siempre bajo la exclusiva responsabilidad del solicitante y/o persona a ser asegurada; antes de firmar asegúrate de leer toda la solicitud, pues ésta forma parte de tu expediente. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

Código de cliente:	Número de póliza:	Ramo:
--------------------	-------------------	-------

Autorizo a ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A. y/o ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, según corresponda, para que cargue automáticamente mi tarjeta de crédito o débito el valor de las primas del seguro detallado, según el plan de pago que se hubiere convenido en la contratación.

DATOS DEL ASEGURADO / SUSCRIPCIÓN

Primer nombre:	Segundo nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
----------------	-----------------	------------------	-------------------

DATOS DEL PAGADOR / TARJETAHABIENTE

Llenar los campos a continuación, solo si no es el mismo nombre del asegurado:

Primer nombre:	Segundo nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
----------------	-----------------	------------------	-------------------

Fecha de nacimiento: -- / -- / -- Día Mes Año	DUI:	NIT:
---	------	------

Correo principal:	Teléfono principal:
-------------------	---------------------

Correo alternativo:	Teléfono alternativo:
---------------------	-----------------------

DATOS DEL MEDIO DE PAGO

Todos los campos deberán ser completados obligatoriamente y una vez firmada esta orden de suscripción de pago deberá ser enviada a Asesuisa para su custodia y resguardo.

TARJETA PRINCIPAL (si la tarjeta principal es otra, no podrá agregar una tarjeta alternativa)

Marca de tarjeta: ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Otra	Nombre del tarjetahabiente (según plástico):	Banco emisor:
Tipo de tarjeta: ☐ Débito ☐ Crédito	Número de tarjeta:	Fecha de expiración: -- / -- / -- Día Mes Año

Tarjeta alternativa (la tarjeta alternativa, aplica únicamente a las marcas Visa o Mastercard)

Marca de tarjeta: ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Otra	Nombre del tarjetahabiente (según plástico):	Banco emisor:
Tipo de tarjeta: ☐ Débito ☐ Crédito	Número de tarjeta:	Fecha de expiración:

AUTORIZACIÓN ESPECIAL

Mediante la firma de esta orden de suscripción de pago, yo "el pagador" autorizo tanto a ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A. y/o ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, a enviar instrucciones e ingresar la información contenida en esta solicitud en la plataforma de sistemas PAYWAY SUSCRPTION y/o CREDOMATIC DE EL SALVADOR, con el propósito de efectuar la programación de cargo automático en dicho sistema, y autorizo a su vez a la empresa procesadora de medios de pago, para que efectúe el proceso de cargo a mi tarjeta de crédito o débito del valor de las primas del seguro detallado, según el plan de pago que se hubiere convenido en la contratación, con la finalidad de almacenar y verificar la información detallada en esta solicitud.

IMPORTANTE

La plataforma de sistemas PAYWAY SUSCRPTION y/o CREDOMATIC DE EL SALVADOR, procederá a realizar el cargo de la prima correspondiente al mes en curso, así como de las cuotas acumuladas pendientes al momento de la activación.

Si su cargo es rechazado en 3 ocasiones por insuficiencia de fondos o disponibilidad en el límite de sus tarjetas de crédito y/o débito durante el período de un mes a partir de la fecha de vencimiento de la cuota, y de la cual se ha realizado gestión a través del call center, éste podrá ser desactivado a criterio de ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A. y/o ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, por lo cual será necesario corregir la inconsistencia antes de volver a reactivar el cargo a sus primas.

ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A. Y FILIAL

Torre Corporativa, Bambu City Center, Blvr. El Hipódromo y Av. Las Magnolias, Col. San Benito, San Salvador, El Salvador.
Cabina de Servicio *798 desde tu celular, escríbenos en WhatsApp o llámanos al (+503) 2298-8888.

asesuisa.com

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / TARJETAHABIENTE

En virtud de la firma de esta autorización declaro conocer y entender que:

La presente autorización será válida para ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A. y/o ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, según corresponda, dentro de la vigencia establecida y en sus renovaciones. En caso de desistir de esta forma de pago debo solicitar por escrito con 30 días de anticipación la desactivación.

En caso de que mi tarjeta de crédito o débito tenga cambios (fecha de vencimiento, cambio de plástico o reposición por robo y/o extravío) es mi responsabilidad gestionar con la aseguradora la actualización de los datos.

Es mi responsabilidad mantener la disponibilidad suficiente en mi tarjeta de crédito o débito, a efecto que ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A. y/o ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, pueda efectuar el o los cargos correspondientes para el pago de las primas de seguro, en los términos arriba indicados. En caso de mora ocasionada por cargos no aceptados por el emisor de la tarjeta o por falta de fondos, eximo de cualquier responsabilidad a la compañía de seguros.

Por medio de la presente autorización acepto el pago de las primas de seguros a través del cargo automático a mi tarjeta de débito o crédito y que la infracción a las obligaciones arriba descritas o cualquier otra que esté bajo mi responsabilidad que imposibilite el pago de las primas hará incurrir en mora la póliza descrita de acuerdo a la ley a partir del vencimiento de la cuota cuyo cargo fue rechazado.

Firma del titular de la tarjeta de crédito o débito

Firma del asegurado (solo si no es el mismo titular de la tarjeta)

Tramitado por (nombre y firma)

Por este medio hago constar que toda la información personal, de contacto y medios de pago pertenece exclusivamente al pagador de la póliza suscrita

Fecha (Día/Mes/Año)

La información solicitada en el presente formulario será posteriormente verificada.

COPIA CLIENTE

ÓRDEN DE SUSCRIPCIÓN DE PAGO Y DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / TARJETAHABIENTE

El Señor(a)(es) _____, en esta fecha, ha autorizado a ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A. y/o ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, para que descuenta de su(s) tarjeta(s) de crédito y/o débito # _____ del Banco _____, # _____, del Banco _____ el valor correspondiente a la prima del seguro de _____ según póliza # _____

El cliente autoriza expresamente a ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S.A. y/o ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, para que cargue a la(s) tarjeta(s) de crédito o débito mencionada(s). Asimismo, la presente autorización estará vigente siempre y cuando no instruya lo contrario, en cuyo caso me obligo a dar por escrito con 30 días de anticipación su cancelación. Me comprometo a mantener fondos disponibles en las fechas de pago a fin que el cargo sea efectuado, de lo contrario libero de toda responsabilidad a la compañía, por mora dentro de la póliza autorizada. En caso de cambio, robo o extravío de mi tarjeta, me comprometo a dar aviso a la aseguradora con el fin de continuar con el servicio de cargo automático.

Firma del titular de la tarjeta de crédito o débito

Firma del asegurado (sólo si no es el mismo titular de la tarjeta)

Tramitado por (nombre y firma)

Por este medio hago constar que toda la información personal, de contacto y medios de pago pertenece exclusivamente al pagador de la póliza suscrita

Fecha (Día/Mes/Año)

La información solicitada en el presente formulario será posteriormente verificada.