AGF Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A.
San Martin 550 (1004) Buenos Aires. Tel. 4320-3800/01

Fecha:……./……./……

PAGO CON TARJETA DE CREDITO
SOLICITUD DE ADHESION AL SISTEMA DE DEBITO AUTOMATICO

Como titular de la tarjeta de crédito abajo mecionada autorizo a **Agf Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A**., a solicitar a la entidad emisora de la tarjeta, considere mi adhesión al sistema de facturación automatica en cuenta.

La aceptación de la presente solicitud por parte de **Agf Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A**., no implica la aceptación automática de la cobertura ni la cancelación automática de los premios, ni novación de la deuda.

Ante la imposibilidad de concretarse el débito en el resumen de la tarjeta de crédito me comprometo a efectuar el pago por alguna otra vía ante el sólo requerimiento de **Agf Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A**.

La falta de pago de la prima por las razones expuestas hará suspender en forma automática la cobertura. En tal caso y ante la regularización de la deuda, la cobertura será rehabilitadad a partir de la cero hora del dia siguiente al pago.

Asimismo autorizo a Agf Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A., a debitar de mi tarjeta de crédito abajo mencionada o la que denuncie en un futuro, los importes pactados de los endosos y renovaciones futuras que se soliciten, dando aquí expreso consentimiento para efectuar los pertinentes débitos hasta tanto no manifieste mi voluntad en contrario por un medio fehaciente a Agf Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A.

ARGENCARD MASTERCARD

VISA

CABAL

CARTA FRANCA

BISEL

AMERICAN EXPRESS

DINERS

Nombre del Asegurado:…… Firma del Titular:……

Documento: Tipo:…… N° …… Teléfono N° :……

Fecha de vencimiento:…… Titular de la tarjeta:……...

Sección:…… Productor:…… Código:……

Número de Póliza:…… Importe: ……

Cantidad de cuotas:……

Nota: Devolver este formulario debidamente cumplimentado al Sector Cobranzas