**Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.**
Av. Insurgentes Sur 1605, piso 25
Col. San José Insurgentes
México, D.F. 03900.

**CARTA AUTORIZACIÓN PARA CARGO**
**CUENTA BANCARIA O TARJETA DE CRÉDITO**
**POR CONCEPTO DE PAGOS DE PÓLIZA**

## SECCIÓN II – POTENCIACIÓN / S.A.T. - S.H.C.P.

**No. de Póliza:**_____ **Periodicidad de cobro:** Mensual ___ Trimestral___ Semestral___ Anual_____ Bicentenario_____
(Para uso exclusivo de GMX Seguros)

**Importe Total:** _____ (Para uso exclusivo de GMX Seguros)

**Pago vía Tarjeta de Crédito.** RFC del Cuentahabiente: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Se solicita y autoriza a la institución financiera afiliada a Visa, Master Card o AMEX, citada en este documento, para pagar por mi cuenta a Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V., los cargos por el concepto relacionado con el pago de la póliza y sus renovaciones por el importe y en la periodicidad arriba indicados, con base en el contrato de apertura en cuenta corriente o el de depósito en cuenta corriente que tengo celebrado y por el cual se me expidió la tarjeta de crédito referida.

Nombre del tarjetahabiente _____

Institución que expide la tarjeta de crédito:_____

No. de tarjeta de crédito |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| CVV* |___|___|___|___| Moneda Nacional: _____

Miembro desde: |___|___|___|___| (M M A A) Vence hasta: |___|___|___|___| (M M A A)

*** CVV - Numero confidencial 3 dígitos parte trasera de su tarjeta - excepto AMEX, que son 4 dígitos al frente.**

Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V. está obligado y es responsable de cumplir con la correcta y oportuna generación de la información de los cargos hechos al tarjetahabiente y de la entrega y calidad de los productos y servicios ofrecidos. Así mismo, libera a la Institución Financiera afiliada a Visa, Mastercard o AMEX de toda reclamación generada por el tarjetahabiente.

**Pago vía Tarjeta de Débito.**

Se autoriza al banco receptor a realizar por mi cuenta los pagos por los conceptos relacionados con el pago de la póliza y sus renovaciones por el importe y en la periodicidad arriba indicados, con cargo a la cuenta bancaria identificada por el número CLABE o número de tarjeta de débito siguiente:
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Nombre del cuentahabiente: _____

Nombre del banco: _____ Moneda Nacional: _____ Moneda Dólares: _____

Se conviene en liberar al banco receptor de toda responsabilidad derivada de cualquier acción que Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V. ejercite contra mí en base a nuestro contrato de póliza, y de hacer las reclamaciones o interponer recursos de cualquier tipo contra multas, sanciones o cobros indebidos, acciones que correrán por mi cuenta. El banco receptor tampoco será responsable si Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V. no entrega oportunamente los comprobantes de servicios o si los pagos se hacen extemporáneamente por razones ajenas al propio banco, el cuál estará en posibilidad de cancelar el servicio de cargo aquí descrito, en caso de falta de recursos en la cuenta o si la misma estuviera bloqueada por cualquier motivo.

Sólo en caso de robo o extravío de la tarjeta de crédito, cuenta de cheques o tarjeta de débito, efectuaré el pago en efectivo por el medio que Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V. establezca, previo aviso por escrito vía fax, correo electrónico, mensajería o cualquier otro medio determinado.

El tarjeta o cuentahabiente podrá revocar esta Carta Autorización mediante un comunicado escrito y dirigido a Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V. con diez días naturales de anticipación a la fecha del cobro regular, el cual será recibido y firmado para posteriormente dar aviso al remitente de la fecha en que quede sin efecto la misma.

Los pagos que el titular está obligado a realizar, los hará mediante cargo a la tarjeta o cuenta bancaria proporcionada en este documento, siendo la firma contenida en el mismo, la autorización más amplia que conforme a derecho proceda, de acuerdo a lo aquí suscrito.

_____ Nombre y Firma del Cuenta o Tarjeta – Habiente.

_____ Lugar y fecha

Proporcione su **Email** y **Teléfono** para la notificación de la realización del cargo: _____

***MUY IMPORTANTE:*** Favor de remitir este formato vía electrónica a los siguientes correos: **alma.flores@gmx.com.mx; erendira.sanchez@gmx.com.mx; igor.moreno@gmx.com.mx /** Es necesario plasmar todos los datos solicitados y su firma, pues son obligatorios y sin éstos, será imposible realizar el cargo a su tarjeta.

**Dudas:** DF y área metropolitana – 5480 4000 exts. 4043, 4058 y 4082 / Del interior de la República: Lada SIN COSTO: 01 800 718 8946 Exts. 4043, 4058 y 4082 Con gusto le atenderemos