

Autorización No. \_\_\_\_\_ Código de asegurado No. \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con número de identidad \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_, con números telefónicos: Residencia \_\_\_\_\_, Móvil \_\_\_\_\_, Oficina \_\_\_\_\_, Correo electrónico: \_\_\_\_\_

En condición de asegurado o pagador de la(s) prima(s) del (los) seguro(s) descrito(s) de la siguiente manera:

**Nota: Colocar el ramo y número de póliza, en caso que la póliza esté en trámite solo indicar el ramo**

1. Suc \_\_\_\_\_ Ramo: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ 2. Suc \_\_\_\_\_ Ramo: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

3. Suc \_\_\_\_\_ Ramo: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ 4. Suc \_\_\_\_\_ Ramo: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

Póliza existente  Póliza en trámite

A nombre de (Asegurado) \_\_\_\_\_

Autorizo a **Interamericana de Seguros, S.A también conocida como Ficohsa Seguros** a debitarme de mi tarjeta de crédito o cuenta de ahorro-cheques abajo indicada, las primas de los seguros generadas por la emisión de la(s) póliza(s), renovaciones y adendum (movimientos) adicionales a las mismas, **durante la vigencia de dichos seguros o hasta que el firmante de este documento indique por escrito lo contrario.**

El débito automático deberá ejecutarse conforme a las siguientes instrucciones:

**Debitar de mi Tarjeta de Crédito No.** \_\_\_\_\_ con vencimiento del: \_\_\_\_\_

Banco Emisor \_\_\_\_\_ Tipo de Tarjeta:  Visa  Master Card  American Express

**Debitar de mi cuenta Bancaria en BANCO FICOHSA** Cuenta de ahorro/Cheque  Lempiras  Dolares

Cuenta de Ahorros No. \_\_\_\_\_  Cuenta de Cheques No. \_\_\_\_\_

**\*Seleccionar la fecha o ciclo de débito en la cual debe efectuarse el cargo automático, debe ser la que corresponda al vencimiento mensual de la cuota del (los) seguro (s):**

**(Para las pólizas de Gastos Médicos y Vida Colectivo el débito es el 01 de cada mes)**

El 01 de cada mes  El 05 de cada mes  El 11 de cada mes  El 18 de cada mes  El 25 de cada mes

Débito único L. \_\_\_\_\_

En caso de autorizar el débito automático a partir del primer pago, confirmo que el valor a debitar es por L. \_\_\_\_\_ (incluye ISV y Gastos de Emisión). Los próximos débitos automáticos se deben realizar de acuerdo a la(s) prima(s) emitidas y en las fechas o ciclos de débito automático antes indicadas (ver \*).

Acepto y reconozco que es mi responsabilidad mantener los fondos disponibles en mi tarjeta de crédito o cuenta bancaria mencionada para que Ficohsa Seguros realice los cargos respectivos, si en la fecha establecida para el débito no tuviese los fondos suficientes para dicha operación, autorizo que la misma se realice en cualquiera de las fechas o ciclos establecidos para este cobro hasta lograr el débito y por el saldo total vencido.

**Ficohsa Seguros podrá realizar los cargos o débitos correspondientes según las instrucciones extendidas en la presente autorización.**

Al mismo tiempo autorizo para que me envíen mensajes informativos de los productos y servicios suscritos a mi número de celular y correo electrónico arriba descritos.

Firmada en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO/TARJETA O CUENTAHABIENTE**