Solicitud de Adhesión al Sistema de Débito Automático

Pago con Tarjeta de Crédito

Líneas Personales

Allianz

Fecha: ...../...../.....

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

La aceptación de la presente solicitud por parte de **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 **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 rehabilitada a partir de la cero hora del día siguiente al pago.

Asimismo autorizo a **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 **Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A.**

ORIGINAL

MASTERCARD

VISA

CABAL

AZUL

AMERICAN EXPRESS

DINERS

Nombre del Asegurado:

Documento: Tipo: Nº:

Fecha de vencimiento:

Sección:

Número de Póliza:

Cantidad de cuotas:

Firma del Titular:

Teléfono:

Titular de la Tarjeta:

Productor: Código:

Importe:

NOTA: Devolver este formulario debidamente cumplimentado al Sector Cobranzas

Allianz Argentina Compañía de Seguros S.A.

San Martín 550 • (C1004AAL) Buenos Aires • Tel.: (54 11)4320-3800/1 Fax: (54 11)4320-3802/3 • www.allianz.com.ar

Solicitud de Adhesión al Sistema de Débito Automático

Pago con Tarjeta de Crédito

Líneas Personales

Allianz

Fecha: ...../...../.....

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

La aceptación de la presente solicitud por parte de **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 **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 rehabilitada a partir de la cero hora del día siguiente al pago.

Asimismo autorizo a **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 **Allianz Argentina Compañía de Seguros Generales S.A.**

DUPLICADO

MASTERCARD

VISA

CABAL

AZUL

AMERICAN EXPRESS

DINERS

Nombre del Asegurado:

Documento: Tipo: Nº:

Fecha de vencimiento:

Sección:

Número de Póliza:

Cantidad de cuotas:

Firma del Titular:

Teléfono:

Titular de la Tarjeta:

Productor: Código:

Importe:

NOTA: Devolver este formulario debidamente cumplimentado al Sector Cobranzas

Allianz Argentina Compañía de Seguros S.A.

San Martín 550 • (C1004AAL) Buenos Aires • Tel.: (54 11)4320-3800/1 Fax: (54 11)4320-3802/3 • www.allianz.com.ar