STATETRUST
LIFE & ANNUITIES

Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito

Recurrentes *(domiciliación)* ☐
No Recurrentes *(una vez)* ☐

Agencia:

Moneda del Plan: US$ ☐ Euros € ☐

Status de Póliza: Nueva ☐ Nunca Emitida ☐ Efectiva ☐ Cancelada ☐

Propietario/Asegurado: (indique ambos nombres si son diferentes)

Número de Póliza

Autorización

Yo (nosotros), por la presente solicito (solicitamos) y autorizo (autorizamos) a StateTrust Life and Annuities, Ltd. a hacer cargos vía transferencia electrónica, a la(s) tarjeta(s) especificada(s) más abajo, relacionados al Plan/Póliza definido en este formulario. Esta autorización en ***Pagos Recurrentes*** permanecerá válida hasta que la compañía reciba cancelación de la misma por escrito. El procesamiento de dicha cancelación podrá tomar hasta 30 días. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que StateTrust Life and Annuities, Ltd. estará protegida al haber sido honrado el (los) cargo(s) y también entiendo (entendemos) que si el (los) débito(s) no es (son) honrado(s), StateTrust Life and Annuities, Ltd. no tendrán ninguna responsabilidad, aún cuando signifique la caducidad de la mencionada póliza/plan. Todos los pagos en su fecha de vencimiento, pasados y futuros continuarán siendo total responsabilidad del propietario de la póliza/plan. En caso de solicitar la devolución del cargo, bien sea a través de StateTrust Life and Annuities, Ltd. o directamente con el emisor de la tarjeta, entiendo que la compañía no está en la obligación de aprobar dicha devolución y en caso de que lo hiciera, estoy de acuerdo con la aplicación de la deducción del gasto administrativo del 6% sobre el monto devuelto. En el caso de los fondos estipulados en el presente documento para el pago de la prima inicial, estos se reciben en calidad de depósito durante el período de depuración del riesgo. Los mismos serán aplicados como pago de prima únicamente cuando la compañía de seguros haya emitido el contrato de póliza. El depositante reconoce que en caso de no emitirse la póliza, la compañía podrá proceder a la devolución de los mismos y que el presente recibo no significa bajo ningún concepto la aceptación del riesgo que se solicita asegurar. Doy mi consentimiento para que se conserve este formulario en su formato electrónico y para que la copia de este formulario sea tratada como una versión original para todo efecto.

Datos de la Tarjeta de Crédito

Si su pago es Recurrente indique la Tarjeta de Crédito a domiciliar.

Tarjeta de Crédito

Monto: _____ Recurrente *(domiciliación)* ☐

☐ Visa ☐ MasterCard
☐ American Express ☐ Diners
☐ Discover

CCV

Nombre Tarjeta Habiente

Firma Tarjeta Habiente X

Fecha Exp. / Mes/Año

Únicamente se permite la domiciliación de tarjeta de crédito de uno de estos parentescos, favor indicar: Asegurado ☐ / Propietario ☐ / Cónyuge ☐ / Padres ☐ / Hijos ☐ / Hermanos ☐

Tarjeta de Crédito

Monto: _____ Recurrente *(domiciliación)* ☐

☐ Visa ☐ MasterCard
☐ American Express ☐ Diners
☐ Discover

CCV

Nombre Tarjeta Habiente

Firma Tarjeta Habiente X

Fecha Exp. / Mes/Año

Únicamente se permite la domiciliación de tarjeta de crédito de uno de estos parentescos, favor indicar: Asegurado ☐ / Propietario ☐ / Cónyuge ☐ / Padres ☐ / Hijos ☐ / Hermanos ☐

Frecuencia y/o Aplicación del Pago

(los pagos recurrentes se harán el 1ero o el 15, dependiendo de la fecha de emisión del plan/póliza)

Anual ☐ Año: ____	Semestral ☐ Semestre: ____	Trimestral ☐ Trimestre: ____	Mensual ☐ Mes: ____

Prima Inicial	Contribución Inicial	Exceso	Renovación	Abono

Observaciones

☐ Este pago sustituye domiciliación actual.
☐ Pagar primas pendientes.
☐ Nueva frecuencia de pago indicada arriba.
☐ Pagar primas por adelantado.
☐ Otros, explique detalladamente: _____

Firma del Propietario de la Póliza / Plan

Fecha