

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 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. 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: (en moneda del plan)  Recurrente (domiciliación)

Visa  MasterCard  American Express  Diners

Nombre Tarjeta Habiente  Firma Tarjeta Habiente  Fecha Exp.

X

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: (en moneda del plan)  Recurrente (domiciliación)

Visa  MasterCard  American Express  Diners

Nombre Tarjeta Habiente  Firma Tarjeta Habiente  Fecha Exp.

X

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

(en pagos recurrentes los débitos se harán el 1ro ó el 15 según la fecha de emisión del plan/póliza)

Anual <input type="checkbox"/>	Año: <input type="text"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Semestre: <input type="text"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Trimestre: <input type="text"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Mes: <input type="text"/>
Prima Inicial	Contribución Inicial	Exceso	Renovación	Abono			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Observaciones

Este pago sustituye domiciliación actual.  Otros, explique detalladamente:

Pagar primas pendientes. \_\_\_\_\_

Nueva frecuencia de pago indicada arriba. \_\_\_\_\_

Pagar primas por adelantado. \_\_\_\_\_

Firma del Propietario de la Póliza / Plan \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_