Blackpoint

AUTORIZACIÓN DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

☐ AMEX ☐ MASTERCARD ☐ VISA ☐ DINERS REGISTRAR ☐ PAGOS RECURRENTES ☐ UN SOLO COBRO

Número de Tarjeta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ dígitos: ☐☐☐☐ Expiración ☐☐
[Código de Seguridad] Mes/Año

Nombre del Titular [Tarjeta de Crédito] _____ Parentesco [con el Asegurado]: _____

Modalidad de Pago: ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual Importante: ☐ Modalidad Mensual sólo disponible en forma recurrente y 4% en cargos aplican.

Cantidad a Debitar $ _____ + _____ = $ _____
Prima Modal — Cargo (2%) [aplicados por transaccion] — Cantidad Total (U.S. dólares)

INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O TITULAR DE LA TARJETA DE CREDITO

Dirección Residencial del Titular de la Tarjeta: _____

Número de Teléfono del Titular de la Tarjeta: _____ (Incluir Código de Area)

Enviar notificación de cobro al siguiente Correo Electrónico: _____

Número de Póliza: _____ Fecha de Vencimiento: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)

Nombre del Asegurado Principal: (si es diferente al titular de la T.C.) _____

AUTORIZACION & ACUERDO

Tal como evidencia mi firma, por este medio autorizo a Blackpoint (en representación de Redbridge Insurance Company, LTD) a debitar el pago inicial de la prima de la póliza antes mencionada, de la tarjeta de crédito aquí identificada. También, autorizo a la Compañía a debitar los pagos de renovación (incluyendo primas adicionales o futuras) en su fecha de vencimiento. Esta autorización será válida hasta que yo, el asegurado principal, o el titular de la tarjeta (si es diferente) presenten por escrito la solicitud de suspender los débitos, o hasta la fecha de expiración de esta tarjeta. Yo, (asegurado principal) entiendo y acepto que soy el único responsable por el pago de las primas de mi póliza y es mi responsabilidad proveerle a la Compañía con la información correcta de la tarjeta de crédito, para que puedan debitar la prima correspondiente. También entiendo y acepto, que la póliza no considerada pagada, hasta que los fondos estén disponibles en la Compañía. Además, entiendo que la Compañía se reserva el derecho de suspender este método de pago, en caso de transacciones declinadas, rechazadas o no pagadas. Esta autorización anula cualquier otra autorización provista con anterioridad a la Compañía.

Firma del Asegurado Principal: _____ Fecha: _____

Firma del Titular de la T. Crédito: _____ Fecha: _____
(si no es el asegurado)

Firma del Representante Autorizado: _____ Código # _____ Fecha: _____

BLACKPOINT Underwriters, LLC-Oficina Administrativa
355 Alhambra Circle, Suite 1150,Coral Gables, FL. 33134
Tel. 305-961-1673 . Fax. 305-232-8881
info@black-point.net – www.bp-ric.com