

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

Apellido 1	Apellido 2	Nombre del Asegurado	Inicial
Seguro Social			

INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

De ser aprobada mi solicitud de seguros, autorizo Trans-Oceanic Life Insurance Company (TOLIC), a debitar de mi tarjeta de crédito el pago de la prima inicial, para que dicho seguro sea efectivo, incluyendo los pagos subsiguientes. Esta autorización está limitada al pago por concepto de primas suscritas con TOLIC.

Número de la Tarjeta	Nombre en la tarjeta		
Día de Transferencia	Código de Seguridad (CVC)	Fecha de expiración (MM/AA)	
Tipo de Tarjeta <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express			

INFORMACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

Solicito y autorizo a Trans-Oceanic Life Insurance Company (TOLIC) a realizar débitos electrónicos y cualquier ajuste de crédito si fuere necesario en transacciones de débito bajo la cuenta:

Número de Cuenta	Número de Ruta ABA
Nombre de la Institución Financiera	
Día de Transferencia	Tipo de Cuenta Bancaria <input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques (Corriente) <input type="checkbox"/> Master Card

De ser aprobada mi solicitud de seguros, autorizo a Trans-Oceanic Life Insurance Company (TOLIC), a debitar de mi cuenta bancaria el pago de la prima inicial y los pagos subsiguientes, para que dicho seguro sea efectivo. Esta autorización está limitada al pago por concepto de primas suscritas con TOLIC.

Fecha (DD/MM/AAAA)

Firma