



## ORDEN DE SUSCRIPCIÓN DE PAGO

Autorizo a Seguros Fedecrédito S.A. y/o Fedecrédito Vida, S.A., Seguros de Personas, según corresponda, para que cargue automáticamente a mi tarjeta de crédito o débito el valor de las cuotas del servicio detallado, según el plan de pago que se hubiere convenido en la contratación.

### DATOS DEL PAGADOR / TARJETAHABIENTE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO	DUI	NIT	OTRO DOCUMENTO
___/___/____	____-____-__	____-____-____-____-____	
CORREO ELECTRÓNICO	CORREO ALTERNATIVO	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO
		____-____-____	____-____-____

### DATOS DEL ASEGURADO Y DEL SERVICIO

SUCURSAL	CÓDIGO ASEGURADO / PAGADOR		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE PÓLIZA	NIT	RAMO	
	____-____-____-____-____		
PERIODICIDAD DE PAGO	DÍA DE PAGO	INICIO	
<input type="checkbox"/> Men <input type="checkbox"/> Tri <input type="checkbox"/> Sem <input type="checkbox"/> Anu	DÍA ___ DEL MES	____/____	

### DATOS DEL MEDIO DE PAGO

Todos los campos deberán ser completados obligatoriamente y una vez firmada esta Orden de Suscripción de Pago deberá ser enviada a Seguros Fedecrédito S.A. y/o Fedecrédito Vida, S.A., Seguros de Personas para su custodia y resguardo.

CUENTA PRINCIPAL			
TIPO DE TARJETA	MARCA DE TARJETA	NÚMERO DE TARJETA	FECHA DE EXPIRACIÓN
<input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Crédito	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	____-____-____-____-____	____/____
CUENTA ALTERNATIVA			
TIPO DE TARJETA	MARCA DE TARJETA	NÚMERO DE TARJETA	FECHA DE EXPIRACIÓN
<input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Crédito	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	____-____-____-____-____	____/____

AUTORIZACION ESPECIAL: Mediante la firma de esta Orden de Suscripción de Pago, yo "El Pagador" autorizo a Seguros Fedecrédito S.A. y/o Fedecrédito Vida, S.A., Seguros de Personas, a enviar instrucciones e ingresar la información contenida en esta solicitud en la plataforma de sistemas PAYWAY SUBSCRIPTION, con el propósito de efectuar la programación de cargo automático en dicho sistema, y autorizo a su vez a la empresa EXPERTIA, S.A. de C.V., procesadora de medios de pago, para que efectúe el proceso de cargo a mi tarjeta de crédito o débito del valor de las cuotas del servicio detallado (\*), el cual podrá sufrir variaciones en el tiempo previa notificación por parte de Seguros Fedecrédito S.A. y/o Fedecrédito Vida, S.A., Seguros de Personas, y a realizar un intento de cargo a mi medio de pago, según el plan de pago que se hubiere convenido en la contratación, con la finalidad de almacenar y verificar la información detallada en esta solicitud con el propósito de efectuar un proceso de validación, administración, monitoreo y notificación de la suscripción durante la vigencia de la misma lo anterior aplica para tarjetas de crédito y/o débito cuyas marcas sean VISA y/o MASTERCARD).

#### Importante

La plataforma de sistemas PAYWAY SUBSCRIPTION procederá a realizar el cargo de la cuota correspondiente al mes en curso, así como de las cuotas acumuladas pendientes al momento de la activación.

Si su cargo es rechazado en diferentes ocasiones por insuficiencia de fondos o disponibilidad en el límite de sus tarjetas de crédito y/o débito durante el periodo de un mes a partir de la fecha de vencimiento de la cuota, éste podrá ser desactivado a criterio de Seguros Fedecrédito S.A. y/o Fedecrédito Vida, S.A., Seguros de Personas, por lo cual será necesario corregir la inconsistencia antes de volver a reactivar el cargo a sus cuotas.

### DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / TARJETAHABIENTE

En virtud de la firma de esta autorización declaro conocer y entender que:

I. La presente autorización será válida para Seguros Fedecrédito S.A. y/o Fedecrédito Vida, S.A., Seguros de Personas y/o EXPERTIA, S.A. de C.V., según corresponda, dentro de la vigencia establecida y en sus renovaciones. En caso de desistir de esta forma de pago debo solicitar por escrito con 30 días de anticipación la desactivación.

II. En caso de que mi tarjeta de crédito o débito tenga cambios (fecha de vencimiento, cambio de plástico o reposición por robo y/o extravío) es mi responsabilidad gestionar con Seguros Fedecrédito S.A. y/o Fedecrédito Vida, S.A., Seguros de Personas la actualización de los datos.

III. Es mi responsabilidad mantener la disponibilidad suficiente en mi tarjeta de crédito o débito, a efecto que Seguros Fedecrédito S.A. y/o Fedecrédito Vida, S.A., Seguros de Personas y/o EXPERTIA, S.A. de C.V., pueda efectuar el o los cargos correspondientes para el pago de las cuotas del servicio, en los términos arriba indicados.

IV. Por medio de la presente autorización acepto el pago de las cuotas del servicio a través del cargo automático a mi tarjeta de débito o crédito y que la infracción a las obligaciones arriba descritas o cualquier otra que esté bajo mi responsabilidad que imposibilite el pago de las cuotas hará incurrir en mora la cuenta descrita, a partir del vencimiento de la cuota cuyo cargo fue rechazado.

Firma del Titular de la Tarjeta de Crédito o Débito

Fecha de Autorización