

**AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO**

Por medio del presente autorizo a **Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.**, a que a través del banco de su elección y con base en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa, Master Card o American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales y subsecuentes de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por **Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.** en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el(los) cargo(s) en el Estado de Cuenta Bancario notificaré a la Aseguradora.

Tarjeta de Crédito    
  Tarjeta de Débito    
  Cargo Cuenta de Cheques

**Datos del Contratante**

Nombre(s) y Apellido Completo y/o Razón Social:		Número de Póliza:		Vigencia de la Póliza:	
Nombre del Tarjetahabiente (Como aparece en la tarjeta):			Parentesco o Relación con el Tarjetahabiente:		
Banco:	No. De Plástico (Crédito o Débito) 16 Dígitos:		CLABE (18 Dígitos):		
Código de Seguridad: <small>Al reverso del plástico</small>	Vencimiento (Mes/Año):	Monto Cargo Inicial: \$	Monto Cargo Subsecuentes: \$	No. Cargos:	

**Meses Sin Intereses Visa y Mastercard, excepto tarjetas Banamex**

3 meses\* cargo mínimo \$300    
  6 meses\* cargo mínimo \$600    
  9 meses\* cargo mínimo \$900    
  12 meses cargo mínimo \$ 1,200  
\*Para tarjetas BBVA Bancomer, NO APLICA 3, 6 y 9 meses.

**Tarjeta American Express (monto mínimo de \$1,300 MXN)**

Escriba sobre la línea el número de cargos a realizar en su tarjeta, a dos dígitos: **mínimo 02 máximo 13** (cargos). \_\_\_\_\_ meses sin intereses.

Declaro estar enterado y de acuerdo en que Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V. dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

- 1) Cancelación de la póliza                     
 2) Rechazo bancario                             
 3) Cancelación del Instrumento bancario, no notificada a la Aseguradora

El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.

Lugar y Fecha:	Firma del Tarjetahabiente _____	Firma del Agente _____
----------------	---------------------------------	------------------------

**PARA PERSONAS FÍSICAS - Art. 492 (LGISMS)**

Usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado:	SI	NO
a) ¿Desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Describe el puesto _____ Tiempo _____ Parentesco _____		
c) Esa persona, ¿tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre del Accionista _____ Porcentaje de la Participación _____		

Lugar y Fecha:	Firma _____
----------------	-------------