



Lincoln Heritage
LIFE INSURANCE COMPANY

PO Box 29045
Phoenix AZ 85038-9045
(888) 881-7391 Fax (602) 224-2246
Spanishservice@londen-insurance.com

**AUTORIZACIÓN PARA HACER HONOR A COBROS CON
TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO PAGADEROS
A: LINCOLN HERITAGE LIFE INSURANCE COMPANY**

Nº de Póliza: _____

Por la presente le autorizo el uso de mi tarjeta de débito o crédito para el trámite de transacciones pagaderas a la Compañía nombrada anteriormente. Entiendo completamente que su responsabilidad no se extiende más allá de aceptar dichos cargos. Además, acepto que el vencimiento del seguro causado por la falta de pago de las primas no es responsabilidad de la Compañía. Esta autorización se mantendrá vigente hasta ser revocada de manera escrita por mí.

Nombre en la Tarjeta: _____

Dirección del Pagador: _____ **Teléfono:** _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nº de Tarjeta: _____ **Fecha de vencimiento:** _____

Fecha de vencimiento solicitada (Seleccione una opción):

Nota: Si ambas o ninguna opción es marcada, se usará la opción #1.

___ **1. Fecha de pago:** _____ **día del mes.**

___ **2. El (1º, 2º, 3º, o 4º) (lunes, martes, miércoles, jueves o viernes) de cada mes.**
(Circule un día) (Circule un día)

Retirar las primas vencidas en o después del _____
(Fecha)

Firma del Pagador: _____ **Fecha:** _____

Nota: La información completa de su tarjeta no será guardada después de la configuración inicial. Intentaremos notificarle cuando se acerque la fecha de vencimiento de su tarjeta.