

**Formulario de autorización de cargo a tarjeta de crédito  
Seguros médicos internacionales  
MEDFIRST  
(USD\$)**

Con la finalidad de cargar a mi cuenta de tarjeta de crédito el monto que detallo a continuación, adjunto los datos requeridos por Seguros SURA para el pago de la póliza de seguro médico internacional abajo indicada.

Tipo de tarjeta:    \_\_\_ Visa    \_\_\_ Mastercard    \_\_\_ Amex

Numero de la tarjeta de crédito \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Banco Emisor \_\_\_\_\_

Nombre del tarjeta habiente \_\_\_\_\_

No. de cédula del tarjetahabiente \_\_\_\_\_

Monto a cargar en USD\$ \_\_\_\_\_

No. de póliza \_\_\_\_\_

Favor anexar fotocopia de ambas caras de la tarjeta de crédito y fotocopia de la cédula del tarjeta habiente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha