



UNITED INSURANCE FINANCE CO., INC.

CREDIT CARD PAYMENT

FAX: (787) 523-2856

EMAIL: tarjetadecredito@uifinance-pr.com

CONTRATO # _____

AUTORIZACION PARA PAGAR VIA FAX / EMAIL
AUTHORIZATION TO PAY VIA FAX / EMAIL

Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a **United Insurance Finance Co. Inc.** a procesar la información adjunta a esta solicitud y debitar mi tarjeta de crédito.

*I (we) authorize **United Insurance Finance Co. Inc.** to process and charge it as a debit to my credit card account.*

United Insurance Finance Co. Inc. no se hace responsable por información incorrecta o incompleta.

***United Insurance Finance Co. Inc.** is not responsible for any error or incomplete information .*

INFORMACION TARJETA DE CREDITO
CREDIT CARD INFORMATION

NOMBRE _____

(SEGUN APARECE EN LA TARJETA DE CREDITO)

VISA

MASTERCARD

TARJETA # _____

FECHA EXPIRACION _____ / _____

MES / AÑO

CANTIDAD DEL PAGO \$ _____

CÓDIGO SEGURIDAD _____

VISA/MC: 3 dígitos detrás de tarjeta

CARGO POR SERVICIO \$3.00

TOTAL A DEBITAR \$ _____

FIRMA
SIGNATURE

Authorized Signature
(Asegurado): _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Authorized Signature
(Productor): _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

****Toda hoja recibida después de las 2:00pm, será procesada al siguiente día laborable****