

FORMULAIRE AUTORISATION DE PAIEMENT DE PRIME D'ASSURANCE PAR CARTE DE CRÉDIT

Je soussigné,

autorise la Alternative Insurance Company S.A, à débiter ma carte de crédit

MasterCard Visa

Nom Banque :

Numéro carte de crédit :

Date Expiration :

Nom du titulaire de la carte :

Montant à débiter : GDES USD

Numéro téléphone du titulaire de la carte :

Adresse Email :

Numéro de contrat :

Date de renouvellement:

Nom de l'Assuré :

Signature du titulaire de la carte :

Date: