

FORMULAIRE AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

Je soussigné, _____

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

MasterCard Nom Visa

Banque : _____

Numéro carte de crédit : _____ Date Expiration: _____
Mois Année

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: _____
Mois Année

Nom de l'Assuré: _____

Signature du titulaire de la carte: _____ Date: _____

Les informations communiquées sur ce formulaire seront gardées strictement confidentielles, à usage exclusif pour cette transaction