



AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO SEGURO VIAGEM

Autorizo e reconheço o débito em minha conta cartão de crédito abaixo:

Cartão: VISA AMEX MASTER-CARD DINNERS

Número do cartão: _____ Validade: _____

Titular: _____

Cód. Segurança: _____

Parcelas: à Vista 2X

Valor R\$ _____

Valor por extenso: _____

ATENÇÃO

Qualquer transação realizada fora dos padrões contratuais implicará em sanções legais, tanto para o Estabelecimento e seus intermediários, para o Associado.

Ao autorizar o débito no cartão de crédito, o Associado e o Estabelecimento declaram estar cientes e concordar com as seguintes condições:

- 1- Questionamentos ou cancelamentos dos serviços adquiridos devem ser resolvidos entre as partes, de acordo com as Condições Gerais entre Estabelecimento e Cliente.
- 2- O estabelecimento e seus intermediários serão responsáveis pela correta aceitação, conferindo na apresentação do cartão sua validade, autenticidade e assinatura do Titular.
- 3- Esta autorização é Válida por 15 dias e transmissão por fax é permitida apenas para agilizar o processo de venda. Em caso de contestação por parte do Associado, o Estabelecimento é responsável pela apresentação deste original, copia do documento oficial que comprove a assinatura do cliente e cópia do Seguro Viagem emitidos e ou a solicitação de emissão. Estes documentos podem ser solicitados a qualquer momento pelas Administradoras.
- 4- Caso os serviços sejam prestados em nome de outras pessoas que não o Titular do cartão, seus nomes deverão ser listados abaixo para maior segurança do Associado.

Preenchimento obrigatório:

* Não será Processado o Cartão caso estejam faltando essas informações:

Agência / Representante: _____

Emissor: _____

Passageiros(s): _____

Certificados(s): _____

Período: _____

Plano: _____

Informar e-mail para que possamos confirmar a transação: _____

Local e data: _____

Assinatura do titular do cartão
(Igual a assinatura no verso do cartão)

Obs: Todas as Autorizações devem ser passadas via Fax: +55 (11) 3257-6734.