

# PAYMENT FORM / FORMULARIO DE PAGO

## POLICY INFORMATION



Main Policy Holder's Name:

Policy Number:

Annual (1 debit)

Semi-Annual (2 debits)

Quarterly (4 debits)

Monthly (12 debits)

Debit Amount (include for administrative costs \$100 for health or \$75 for life):

Subsequent Debits (used with Semi, Quarterly and Monthly):

## INFORMACION DE LA POLIZA

Asegurado Principal:

Número de póliza:

Annual (pago único)

Semi-Annual (2 debitos)

Trimestral (4 debitos)

Mensual (12 debitos)

Primer debito (incluir de gastos administrativos \$100 para salud o \$75 para vida):

Debitos subsecuentes (para uso con Semi, trimestral y mensual):

## CREDIT CARD INFORMATION



Visa

MasterCard

Diner's Club International

Discover

American Express (4% additional charge)

Expiration Date: (Month/Day/Year)

CCV Code:

Name as it appears on card:

Credit Card Number:

Billing Address:

Country:

## INFORMACION DE TARJETA DE CREDITO

Visa

MasterCard

Diner's Club International

Discover

American Express (4% de cargo adicional)

Fecha exp: (Mes/Día/Año)

Código CCV:

Nombre que aparece en la tarjeta:

Número de Tarjeta de Credito:

Dirección de estado de cuenta:

Ciudad:

País:

## BANK ACCOUNT INFORMATION



Bank Name:

Bank Account Name:

Bank ABA Routing Number:

Bank Account Number:

Account Type:

Checking

Savings

Business Checking

## INFORMACION DE CUENTA DE BANCO

Nombre del Banco:

Nombre de la cuenta:

Numero ABA / Routing:

Numero de Cuenta de Banco:

Tipo de cuenta:

Cheques

Ahorro

Cheque Empresarial

## AUTHORIZATION



I authorize Global Assurance Group to debit my credit card or bank account according to the payment mode selected and the premium corresponding to the indicated policy. I also authorize Global Assurance Group to continue debiting my card or bank account according to the payment mode selected until the annual anniversary policy date unless revoked by me in writing. In the case that the debit cannot be realized for any reason, Global Assurance Group is not responsible for the result that the credit card decline or unsuccessful debit from a bank account can cause.

Autorizo a Global Assurance Group a debitar a mi tarjeta de crédito o cuenta de banco, de acuerdo a la forma de pago seleccionada, el monto correspondiente a la prima de la póliza indicada. También autorizo a Global Assurance Group a continuar debitando de mi tarjeta o cuenta de banco según el modo de pago escogido hasta la fecha anual de aniversario de póliza a menos que sea revocada por mí por escrito. Global Assurance Group hará sus mejores esfuerzos para lograr que los debitos sean procesados por las tarjetas de crédito. En el caso que el debito no pudiese realizarse por cualquier causa, Global Assurance Group no se hace responsable por los perjuicios que el rechazo del debito pueda ocasionar.

Signature / Firma

Date / Fecha

### Wire Instructions

Intermediary Bank: CenterState Bank, NA  
Atlanta, GA Swift: CSBKUS33  
Beneficiary Bank: Optimum Bank  
Ft. Lauderdale, FL Account: 80011571  
Beneficiary: Global Assurance Group Inc.  
North Miami Beach, FL Account: 210017802  
Please include policy number  
in wire description

### Mail In Check

Mail to: Premium Billings /Accounting  
801 NE 167th Street 2nd. Floor  
North Miami Beach, FL 33162 USA  
Make checks payable to: Global Assurance Group  
Please include policy number on check

### Instrucciones de Transferencia

Banco Intermediario: CenterState Bank, NA  
Atlanta, GA Swift: CSBKUS33  
Banco Beneficiario: Optimum Bank  
Ft. Lauderdale, FL Cuenta: 80011571  
Beneficiario: Global Assurance Group Inc.  
North Miami Beach, FL Cuenta: 210017802  
Por favor incluir número de póliza  
en información de la transferencia

### Cheques enviados por correo

Enviar a: Premium Billings /Accounting  
801 NE 167th Street 2nd. Floor  
North Miami Beach, FL 33162 USA  
Cheques a nombre de: Global Assurance Group  
Por favor incluir número de póliza en el cheque