



HCC Specialty
37 Radio Circle Drive, Mount Kisco, New York 10549
main 914 241 8900 facsimile 914 241 8098

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA TARJETA DE CREDITO
American Express Mastercard Visa

Yo, _____, autorizo a Professional Indemnity Agency, Inc. DBA HCC Specialty (PIA), cargar mi tarjeta de crédito por las cantidades facturadas.

Numero de tarjeta de crédito: _____

Código de seguridad: _____ Fecha de Expiración: ____/____/____

Nombre del titular: _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ País: _____

Número de teléfono: _____

Cobro de Monto Autorizado: \$ _____ Fecha: ____/____/____
Mes Día Año

Firma del titular: _____

Como el titular de la tarjeta de crédito, yo autorizo a PIA, a cargar mi tarjeta de crédito por futuras compras aprobadas por mí.

El llenado de este formulario de autorización nos ayuda a protegerlo a usted, nuestro valioso cliente, contra el fraude de tarjetas de crédito. PIA mantendrá toda la información introducida en este formulario estrictamente confidencial.