



MORGANWHITE
ADMINISTRATORS
INTERNATIONAL, INC.

AUTORIZACION DE PAGO CON TARJETA DE CREDITO		CREDIT CARD PAYMENT AUTHORIZATION	
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> Diners Card	Número de Tarjeta de Crédito Credit Card Number _____/_____/_____/_____ Fecha de Vencimiento: Expiration Date: _____/_____/_____	Cliente # Customer #	
		Póliza # Policy #	
		Nombre del Cliente: Cust Name:	
Cantidad: Amount: US\$ _____	Nombre y Dirección del Poseedor de la tarjeta de crédito Credit Card Holder's Name and address		
<p>El que suscribe, autoriza <i>Morgan-White Administrators International, Inc.</i>, a cargar a esta tarjeta de crédito cantidades no especificadas relacionadas con el pago de primas de seguro, como y cuando sea necesario, hasta que reciban notificación por escrito indicando lo contrario.</p> <p>I, the undersigned, authorize <i>Morgan-White Administrators International, Inc.</i> to charge this credit card non-specified amounts related to insurance premiums when they become due, until written notice is received otherwise.</p>			
Firma: Signature: _____		Fecha: Date: ____/____/____	
PAGOS CON CHEQUES		PAYMENTS BY CHECKS	
Para pólizas de AMFIRST LTD., por favor haga el cheque pagadero a: MORGAN-WHITE ADMINISTRATORS INTERNATIONAL, INC. ó Para pólizas de LLOYD'S, por favor haga el cheque pagadero a: WORLDWIDE MEDICAL TRUST/LLOYD'S		For AMFIRST LTD., please make checks payable to: MORGAN-WHITE ADMINISTRATORS INTERNATIONAL, INC. or For LLOYD'S Policies, please Make checks payable to: WORLDWIDE MEDICAL TRUST/LLOYD'S	