

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO - SERVIÇOS DE VIAGENS



File No.: _____

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

AMEX
 CREDICARD Cartão N.º : _____ Código de
Segurança _____
 DINERS
 VISA Nome do
associado: _____
 HIPERCARD
Validade : ____/____/____ E-mail

REAL
 DÓLAR
TEL. RES. (____)- _____
TEL. COM. (____)- _____
TEL. CEL. (____)- _____

TOTAL DO PACOTE: _____, _____ VALOR PRESTAÇÃO : _____, _____ No. DE PRESTAÇÕES: _____

DATA DE EMBARQUE: ____/____/____

DATA DE RETORNO: ____/____/____

DESTINO DA VIAGEM :

OPERADORA DE TURISMO: VISÃO OPERADORA

Qualquer transação realizada fora dos padrões contratuais das Administradoras implicará em sanções legais, tanto para o Estabelecimento e seus intermediários, quanto para o Associado. Ao autorizar o débito no cartão de crédito, Associado e 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 do contrato entre Estabelecimento e Cliente. Esta Autorização de Débito não poderá ser assinada com antecedência de mais de 30 dias antes da viagem .

2 - O Estabelecimento e seus intermediários são 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 sua 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, cópia de documento oficial que comprove a assinatura do cliente e cópia dos bilhetes/vouchers emitidos. 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, **apenas para familiares.**

5 - **Anexar cópias de: carteira de identidade oficial (frente e verso) ou passaporte, cartão de crédito (frente e verso) e cópia do extrato do cartão de crédito (frente e verso).**

6 - **Ao assinar esta autorização de débito, o Cliente aceita as Condições Gerais do serviço adquirido.**

AGENCIA DE TURISMO:

Carimbo e Assinatura da Agência de Viagens

ATENÇÃO

Viajantes (para mais nomes utilize o verso)

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO TITULAR DO CARTÃO

CARO ASSOCIADO: PARA SUA SEGURANÇA, NÃO ASSINE ESTA AUTORIZAÇÃO EM BRANCO.

Visão Operadora Turística

Salvador/BA: Rua dos Algibebes, 06/12 Ed. Os Gonçalves – 04º andar – Comércio – Salvador/BA
Tel: 55 71 3319.0820 Fax: 55 71 3319.0822

Aracaju/SE: Rua Itabaiana, 390 – Centro – Aracaju/SE
Tel: 55 79 3216-3508 Fax: 55 3216-3509