

Yo, _____, portador de la cédula de identidad personal
Nombre impreso en la tarjeta

No. _____, por este medio autorizo que carguen las primas de mis Pólizas de Seguros identificadas con los siguientes números:

| Nombre del Asegurado | Número de Póliza | Día de Cobro | Monto del Descuento |
|----------------------------|------------------|--------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total del Descuento | | | B/. |

a mi tarjeta de crédito: Visa; Master Card; American Express (marque una)
del Banco: _____.

Número , que vence en

| Teléfono Residencial | Oficina / Celular | Correo Electrónico |
|-------------------------|-------------------|--------------------|
| | | |
| Dirección: | | |
| Apartado Postal: | | |

IMPORTANTE

Agradecemos, sírvase completar los datos solicitados al reverso de este documento, con el fin de servirle mejor.

El importe de las primas está sujeto a modificaciones, ya sea por el asegurado o por la compañía, y serán igualmente presentados al Banco para su cobro.

Esta autorización permanecerá vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y sólo podrá ser cancelada por mí, mediante notificación escrita a ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Firma del Asegurado
(Igual que en la tarjeta)

Fecha

| | |
|-------------------------------------|--|
| Para Uso de la Oficina: | |
| Fecha de Recibido en Cobros: | |

Enviar al Departamento de Cobros para su debido proceso

(Favor completar este formulario con letra de imprenta. Los campos marcados con * son obligatorios)

| | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------|--|----------------------------|---------------------|
| Persona Natural | | | | | |
| Tipo de Identificación * | | Cédula * | | Pasaporte | |
| Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 1er Nombre* | | | 2do Nombre* | | |
| 1er Apellido* | | | 2do Apellido* | | |
| Apellido de casada | | | Nacionalidad (Indique el país*) | | |
| | | | | | |
| Fecha de Nacimiento* | | Sexo* | | Seguro Social | |
| día | mes | año | F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | |
| Dirección | | | | | |
| Barrio* | | | Calle* | | |
| | | | | | |
| Edificio/Condominio | | | | No. Casa o Apto.* | |
| | | | | | |
| Tiene e-mail* | Tel. Residencia* | | Celular | | Tel. Oficina |
| | | | | | |
| NO <input type="checkbox"/> | Correo Electrónico* | | | | Fax |
| SI <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Apartado Postal | | País* | | Provincia* | |
| | | | | | |
| Distrito* | | | Corregimiento* | | |
| | | | | | |
| Empresa donde labora | | | Dirección de Internet | | |
| | | | | | |

Firmado en Panamá, República de Panamá el día ____ de _____ de ____ .

Firma del Cliente

58M00015