

Fecha _____

Yo _____ con cédula de identidad personal _____

por este medio autorizo a MAPFRE PANAMÁ. S.A. para que cargue a mi tarjeta de crédito
VISA _____ MASTERCARD _____ AMERICAN EXPRESS _____

Número _____ - _____ - _____ - _____ con fecha de Expiración ____/____/____

la suma de B/. _____ (_____) de
forma mensual _____, bimestral _____, trimestral _____, cuatrimestral _____, semestral _____, o anual _____,
para el pago de primas de la póliza # _____, de Daños _____. Vida ____ u
Hospitalización _____.

Fecha de Cargo _____

Esta autorización sólo quedará sin efecto mediante notificación escrita que, en este sentido yo les haga.

En consideración de este servicio convengo, además que en caso que los cargos a mi tarjeta no fuesen efectuados, ya sea intencional o inadvertidamente, el banco no tendrá responsabilidad alguna, aunque dicha omisión ocasione la pérdida del seguro.

El cargo periódico a la tarjeta estará sujeto a cambios, dependiendo de las variaciones que ocurran en el monto de las primas, quedando expresadamente convenido que será suficiente que la Compañía comunique al Banco por escrito el nuevo valor de la prima que debe cargarse en mi cuenta.

La vigencia de esta autorización continuará al renovarse la tarjeta de crédito, por lo que adicionalmente **me comprometo a notificar a MAPFRE PANAMÁ. S.A. la nueva fecha de expiración de mi tarjeta cada vez que sea renovada.**

Atentamente,

Nombre del Dueño de la Tarjeta

Firma (Igual que en la tarjeta)

BANCO _____

Fecha del descuento: _____

Teléfono: _____

Asegurado: _____

email: _____

Fecha de Inicio de Cobro: _____

Pago de Prima Inicial: Sí No