

Fecha de envío:

DIA	MES	AÑO

Número de la empresa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Por este medio autorizo (amos) a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ S.A. (en lo sucesivo LA EMPRESA), para que en mi (nuestro) nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece abajo (en lo sucesivo EL BANCO) que realice débitos a mi (nuestra) cuenta: corriente ahorros indicada a continuación y, a la vez, autorizo a EL BANCO para debitar de la referida cuenta, la suma que LA EMPRESA solicite según lo antes indicado. Queda entendido que dichas sumas serán debitadas siempre y cuando en la cuenta antes indicada se mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegare a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber la suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro (amos) y convengo (imos) que me (nos) hago (cemos) responsable (s) de cualquier sobregiro que resulte y acepto (amos) como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto al importe adeudado, obligándome (nos) a pagar a EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulte por motivo del sobregiro y convengo (imos) en depositar inmediatamente en EL BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro.

Banco receptor _____ Ruta y tránsito

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de la cuenta _____ Por la suma de B/. _____

Monto autorizado en letras _____

Monto variable máximo Monto fijo

En consideración a los servicios de débitos de la cuenta que proveerá EL BANCO conforme a la presente autorización, por este medio relevo (amos) a EL BANCO de toda la responsabilidad en relación con cualquier acto que realice conforme a la presente autorización o en caso de que, por cualquier causa, no se hiciera el débito o no se efectuare el pago de la suma solicitada por LA EMPRESA.

Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de expiración especificada a continuación o hasta que EL BANCO reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma firmada por la (s) persona (s) autorizada (s) para el manejo de la cuenta.

Nombre (s): _____ Correo: _____

Cédula o R.U.C.: _____ Celular: _____

Firma (s): _____ Firma verificada _____

Fecha de expiración: _____ Para una sola transacción Para varias transacciones

El cuentahabiente se compromete a mantener los fondos disponibles.

Para uso de la compañía de seguros

Asegurado (si es diferente al cuentahabiente)	Número de póliza	Prima a pagar	Fecha de pago
			1
			10
			15
			20
			28
Total	Total		