PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO DE TARJETAS DE CRÉDITO

Yo,_____con cédula de identidad personal _____
Autorizo a PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ S.A. a descontar de mi tarjeta de crédito la suma de: B/. _____en concepto de pago de mis seguros

Frecuencia de pago: ☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Anual

No. Tarjeta ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Tres últimos dígitos parte de atrás ☐☐ ☐☐ Fecha de expiración

Banco_____Visa ☐ MasterCard ☐

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

Afirmo que toda la información detallada de esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy consciente que cualquier declaración errónea, falsa o cualquier omisión voluntaria o involuntaria, o en el evento que el límite de mi tarjeta de crédito no admite el cargo, ustedes, la Compañía de Seguros, no tendrán responsabilidad alguna aunque dicho rechazo resulte en la caducidad de las pólizas de seguros.

El cargo será de acuerdo al día de la póliza y el cargo debidamente aceptado constituirá el recibo de pago de las primas. PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ S.A. dará por terminada la cobertura inmediatamente si el cargo contra mi tarjeta de crédito no es aceptada por el Banco, o el cargo podrá ser suspendido por mí con treinta (30) días de aviso por escrito a la Compañía de Seguros.

Para el pago de pólizas

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

Nota: De variar la prima se ajustará automáticamente

Monto variable máximo ☐ Monto fijo ☐

Firma del tarjetahabiente_____Cédula_____Fecha

DIA	MES	AÑO

Correo_____Celular _____