

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.

Prima Inicial Prima Recurrente

Frecuencia de pago:

☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Anual

No. Tarjeta

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 en 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 admita 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

Correo: Celular:

Protegemos su privacidad, por lo cual no es necesario proveer la información del dígito de seguridad, ni tampoco enviar copia de la parte posterior de su tarjeta de crédito.

Versión 2022