



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

INFORMACION Y AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TARJETA

CRÉDITO

DÉBITO

Por la presente y con mi firma en este formulario autorizo a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A., a debitar directamente de la tarjeta de crédito y/o débito indicada, para pagar las primas de mi póliza de seguro, en el entendido que se debitará en la moneda en la que dicho seguro fue comprado.

Póliza ***Moneda: Quetzales
(Si su póliza tiene certificado, coloque **póliza – certificado**) Dólares

Frecuencia de Pago: Mensual Trimestral Semestral Anual UNICO

Favor proporcionar la siguiente información:

Yo autorizo a (Indique el nombre del BANCO emisor de su tarjeta) realizar los pagos de Prima por

No. De Tarjeta de crédito: - - - Fecha Expiración -

Nombre del Tarjetahabiente: No. De Teléfono:

Correo Electrónico para confirmación del cargo:

Solo para pólizas de seguro de Vida Dólares: Planilla día 05 Planilla día 22

***Para los pólizas Panamedic, los cargos mensuales recurrentes se realizan el día 8 y 9 de cada mes, si es día inhábil se realiza el día hábil siguiente.

Débito automático para renovaciones futuras:

Entiendo y acuerdo que continuará cobrando las primas futuras hasta que sea notificada por parte mía y por escrito la cancelación de esta autorización.

También declaro estar de acuerdo que es mi responsabilidad garantizar el pago a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A., por medio de mi saldo en la tarjeta de crédito y/o débito y de resultar dicho débito denegado por el emisor de la tarjeta, exonero a Pan-American Life de Guatemala, de toda responsabilidad que la póliza caduque por falta de pago. También me comprometo a notificar cualquier cambio de número de tarjeta o fecha de vencimiento por renovación, pérdida o cambio de la misma.

Nombre completo y firma del Asegurado

Firma del Tarjetahabiente

Fecha:

Fecha: