

CRÉDITO

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.

DÉBITO

Póliza

(Si su póliza tiene certificado, coloque **póliza – certificado**)

***Moneda

Quetzales

Dólares

Frecuencia de Pago: Mensual Trimestral Semestral Anual ÚNICO

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 de 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, exoneró 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

Fecha

Firma del Tarjetahabiente

Fecha