

**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