

AUTORIZACIÓN DE PAGO



Producto: Pan-American LifeAccess Accidentes Personales

Número de Póliza Prima US\$

Frecuencia de Pago Anual Semestral Mensual

Opción de Pago Visa Master Card American Express Diners

Número de tarjeta de crédito débito

Fecha de expiración CVC Cantidad a cobrar US\$

Información del tarjetahabiente:

Nombre del tarjetahabiente (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Dirección

Ciudad

Provincia

Apartado postal

Teléfono

Correo electrónico

Confirmación del tarjetahabiente

Por este medio autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. a hacer los cargos a la tarjeta de crédito/débito arriba indicada para efectos del cobro de la prima de la siguiente póliza con Pan-American Life Insurance de Costa Rica.

Nombre y apellidos del Asegurado Principal

Entiendo que una copia de esta autorización será enviada a mi compañía de tarjeta de crédito y/o entidad financiera. Entiendo que si hay algún cambio a mi póliza de seguro, la cantidad de la prima también puede cambiar. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. debitar de mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro de vida a menos que yo indique lo contrario por escrito. La vigencia de esta autorización continuará al renovarse la tarjeta de crédito o débito correspondiente.

Firma del tarjetahabiente

Fecha

Información de cuenta del cliente para reembolsos y devoluciones

Solicito que cualquier monto por concepto de reembolso de reclamo médico o devolución de prima pagada en exceso sea depositada a mi cuenta cliente

Nombre Titular de la Cuenta (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Número de Cédula de Identidad

Nombre del Banco

Número de Cuenta Cliente o SINPE (17 dígitos)

Firma Asegurado Principal

Fecha