

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PAGO

Modalidad de Pago: **Débito automático para renovaciones futuras**

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Semestral | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Trimestral | <input type="checkbox"/> si | |
| <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> si | |

Opción de Pago

- Cheque
- Tarjeta de crédito Favor proporcionar la siguiente información:
- Master Card Visa American Express Otra

*Visa Cuotas en Dólares: Sin Cuotas___ 3 Cuotas___ 6 Cuotas___ 10 Cuotas___
*El benefició de Visa Cuotas únicamente esta disponible para Tarjetas emitidas por Banco Promerica

Emisor de Tarjeta de Crédito

Número de la tarjeta de crédito Fecha de expiración

Nombre del tarjetahabiente Cantidad a cargar US \$

Correo electrónico

Dirección del tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta)

Teléfono del Tarjetahabiente

Con mi firma en este documento autorizo a Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. a debitar directamente la tarjeta de crédito arriba indicada para pagar las primas del seguro de mi póliza de salud con Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

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 Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. debitar de mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro de salud a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En caso de que un débito directo para pagar mi póliza, por cualquier motivo sea rechazado o declinado, reconozco que será mi responsabilidad personal el pagar inmediatamente las primas de mi póliza de salud, de lo contrario mi cobertura puede terminar.

Firma del Tarjetahabiente

DATOS PARA FACTURACIÓN

Facturar a nombre de:

Dirección de Factura:

NIT:

Nombre completo y firma del Solicitante Principal

Fecha