

INFORMACION Y AUTORIZACIÓN DE PAGO DE PRIMA 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

CARGO ÚNICO

Cuotas: Sin Cuotas 3 Cuotas 6 Cuotas 10 Cuotas

Favor proporcionar la siguiente información:

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

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

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, exonerar 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.

***Únicamente aplica para el pago de primas en Dólares en cuotas:**

Entiendo y acepto que Pan-American Life de Guatemala, realizará el débito en la moneda local Quetzales, operando la conversión al tipo de cambio de venta del día de algún Banco del Sistema Financiero que la Compañía establezca. Adicional estoy de acuerdo en que se apliquen los recargos adicionales por fraccionamiento de las cuotas según aplique.

Nombre completo y firma del Asegurado

Fecha:

Firma del Tarjetahabiente

Fecha: