

# INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PAGO

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

- Anual       si       no  
 Semestral       si       no  
 Trimestral       si  
 Mensual       si

**Opción de Pago**

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

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