AUTORIZACIÓN DE PAGO

## Producto: Pan-American Acceso Mundial Pan-American Acceso Preferencial Número de Póliza Prima US$

**Frecuencia de Pago** Anual Semestral

## Trimestral (se requiere débito automático) Mensual (se requiere débito automático)

**Opción de Pago I** Cheque

## Pagadero a: Pan American Life Insurance de Costa Rica SA.

**Opción de Pago II** Depósito Bancario

## Banco: BAC San Jose 910431345 Número de cuenta: 1020000910431345

**Opción de Pago III** Visa Master Card American Express Diners Numéro 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

Débito automatico para renovaciones futuras **Si No 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 salud 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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A06-291 y P16-35-A06-292 de fecha 11 de noviembre del 2011.