

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

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)

Ciudad	Provincia	Apartado postal
--------	-----------	-----------------

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Débito automático 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.