

Autorización de Débitos a Tarjetas de Crédito

Panamá, ____ de ____ de ____

Yo, _____, Portador de la cédula de identidad personal
(Nombre impreso en la tarjeta)

No. _____, autorizo a ASEGURADORA ANCON, S.A., para que cobren la prima de mi(s)

Póliza(s) de Seguro:

| Asegurado: <small>(Nombre impreso en la tarjeta)</small> | No. de Pólizas: | Monto del Descuento: |
|---|-----------------|------------------------|
| _____ | _____ | B/. _____ |
| _____ | _____ | B/. _____ |
| _____ | _____ | B/. _____ |
| _____ | _____ | B/. _____ |
| | | Total B/. _____ |

A mi tarjeta de crédito: VISA MasterCard American Express (marque una)

del Banco _____ por B/. _____ Mensual Trimestral Anual Inmediato

a partir de la 1era. Quincena 2da. Quincena del mes de: _____

Número de tarjeta: _____ Expiración: _____

Tel.: _____ E-mail: _____ Cel.: _____

El importe de las primas este sujeto a modificaciones, ya sea por el asegurado o por la compañía, y será igualmente presentado al banco para su cobro.

Esta autorización permanecerá vigente después de la renovación tanto de mi tarjeta de crédito, como de mi póliza y solo quedará sin efecto mediante la notificación escrita que presente a ASEGURADORA ANCON, S.A. en este sentido para la suspensión de mis descuentos; de igual forma notificaré de manera escrita el cambio que se dé en mi tarjeta.

En acuerdo con todo 10 antes expresado.

Nombre: _____ Firma: _____
(Dueño de la tarjeta) (Igual que en la tarjeta)

Cédula: _____

Favor llenar a máquina o letra imprenta, e incluir los documentos solicitados:

IMPORTANTE: Adjuntar fotocopia de la tarjeta de crédito.