

AUTORIZACIÓN DE PAGOS DE PRIMAS CON TARJETAS DE CRÉDITO

“BANCOS QUE ESTAN EN RED SOLAMENTE”

Panamá, de de 20 .

Por este medio, Yo portador de la cédula de indentidad Personal N°: Autorizo a SEGUROS FEDPA. S.A. a

descontar de mi tarjeta de crédito, VISA MASTERCARD, o Amex

N° de Tarjeta - - - con fecha de vencimiento

Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>

y código de validación (equivale a los 3 últimos dígitos en la parte posterior de su tarjeta, panel de Firmas)

La Cantidad mensual B/.

CORRESPONDE AL PAGO DE LAS SIGUIENTES POLIZAS

Polizas N°.	Emitidas a favor de

Para cobrar: 15 días 30 días

Esta Autorización continuará, vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y tendrá vigencia continua al momento de renovar la póliza. Solo podrá ser cancelada por mí mediante notificación escrita a SEGUROS FEDPA, S.A. o por opción de la Compañía. En caso de incumplimiento perderá el beneficio del 5% de descuento por afiliación y tendrá que realizar los pagos por ventanilla.

El importe de las primas está sújeto a modificaciones ya sea por el asegurado o por la compañía, y serán igualmente presentadas al banco para su cobro, dependiendo de las variaciones en el monto de las primas.

Nombre del dueño de la tarjeta

Firma (Igual que en la tarjeta)

Cédula

Fecha

INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre del Asegurado (en caso de no ser el tarjetahabiente)

Teléfono Residencial: Teléfono de Oficina:

Correo Electrónico: Teléfono Celular:

Firma del Asegurado

Cédula

Yo le autorizo expresamente y de manera irrevocable a SEGUROS FEDPA, S.A. y sus agentes, para consultar, dar, actualizar y solicitar información sobre mi historial de crédito personal y/o de la empresa que represento, en caso de Falta de Pago de este compromiso adquirido, lo cual es convenido y aceptado por el asegurado.