

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO / CREDIT CARD AUTHORIZATION FORM

Autorizo a Pan-American International Insurance Corporation a debitar de mi Tarjeta de Crédito, el importe de las primas correspondientes al seguro indicado a continuación. Asimismo me comprometo a cumplir con todos los términos y condiciones estipulados en el contrato de mi Tarjeta de Crédito. Pan-American Life Global Services hará sus mejores esfuerzos para lograr que los débitos sean procesados por las tarjetas de crédito. En caso de que el débito no pudiese realizarse por cualquier causa, Pan-American Life Global Services dará aviso al tomador (dueño) del contrato de seguro para que provea el pago por otro medio, no haciéndose responsable por los perjuicios que el rechazo del débito pueda ocasionar.

I authorize Pan-American International Insurance Corporation to process the debit on my credit card for the premium amount corresponding to the insurance contract listed on this voucher. Pan-American Life Global Services will notify the Producer or Contract Owner in the event the card cannot be processed. Pan-American Life Global Services will not be responsible for any damages incurred as a result of a declined charge or debit.

I. DATOS DE LA TARJETA DE CREDITO / I. CREDIT CARD INFORMATION

APELLIDO Y NOMBRE TAL COMO FIGURA EN LA TARJETA / NAME AS IT APPEARS ON THE CREDIT CARD

DIRECCIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO / BILLING ADDRESS FOR CREDIT CARD. PLEASE PRINT

DIRECCIÓN / STREET ADDRESS

CIUDAD - ESTADO / CITY - STATE

PAIS - CODIGO / COUNTRY - ZIP

TIPO DE TARJETA / TYPE OF CREDIT CARD

VISA

☐

MASTER CARD

☐

AMEX

☐

NÚMERO DE TARJETA / CREDIT CARD NUMBER

CÓDIGO DE SEGURIDAD / CVD#

FECHA DE VENCIMIENTO / EXPIRATION DATE

II. DATOS DEL CONTRATO DE SEGURO / II. POLICY CONTRACT INFORMATION

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO, TAL COMO FIGURAN EN EL CONTRATO DE SEGURO O SOLICITUD / NAME OF INSURED

NÚMERO DE CONTRATO DE SEGURO /
CONTRACT NUMBER

NÚMERO DE TELÉFONO /TELEPHONE #

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO / EMAIL ADDRESS

CANTIDAD PARA PAGO DE PRIMA /
PREMIUM PAYMENT AMOUNT

CANTIDAD PARA REINTEGRO DE
PRÉSTAMO / LOAN PAYMENT

CANTIDAD TOTAL A DEBITAR / TOTAL AMOUNT PAID

\$

\$

\$

FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA / SIGNATURE OF CARD HOLDER

FECHA / DATE

X _____

III. PAGOS SUBSIGUIENTES / III. RECURRING OR AUTOMATIC PAYMENT AUTHORIZATION

Marque la casilla apropiada si desea que sigamos realizando débitos subsiguientes (recurrentes) para su(s) contrato(s) de seguro.

Please mark the appropriate box below if you wish to be set up on recurring payment using this credit card.

☐ MENSUAL (Disponible únicamente para paises de Vida Universal-UL)/
MONTHLY (Available only for UL Products)

☐ FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PRIMA (UL y Terminio) /
ON DUE DATE (UL and Term)

NOMBRE Y APELLIDO DEL PRODUCTOR DE SEGUROS / NAME OF PRODUCER

CÓDIGO DEL PRODUCTOR / PRODUCER CODE

Form A-3990 Spanish/English 07-13

Cambio de Dirección / Change of Address:

☐ Dueño/Owner ☐ Asegurado/Insured ☐ Pagador/Payor ☐ Todos/All

Dirección Postal / Mailing address:

Ciudad, Estado/Provincia, País Código Postal / City,State Zip code:

País / Country

Número de teléfono (Incluya código de País y Ciudad) / Phone Number:

Dirección de Correo Electrónico / E-mail address: