Sagicor

COMPAÑÍA DE SEGUROS

SOLICITUD PARA EL DESCUENTO AUTOMATICO A SU TARJETA DE CREDITO

Por este medio autorizo a SAGICOR PANAMÁ, para que cargue a mi cuenta de tarjeta de crédito, el pago correspondiente a las primas mensuales de mi póliza.

Nombre del Asegurado: _____
Escriba con letra de molde el nombre en su tarjeta de crédito

Nombre del Tarjetahabiente: _____
Escriba con letra de molde el nombre en su tarjeta de crédito solo si es distinto al asegurado

Dirección: _____

Teléfono: _____ **No. de Póliza** _____

Email: _____

Prima Mensual B/. _____ **Meses:** _____

VISA ☐ **MASTER CARD** ☐

No. De Tarjeta: ☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐ ☐☐☐

Banco: _____ **Vence:** _____
dd/mm/aa

Firma: _____
Firmar exactamente como aparece en el registro de su tarjeta de crédito

Cédula: _____ **Fecha:** _____

1-La Compañía usualmente no enviara aviso de pagos en las pólizas que tengan descuentos a través de la tarjetas de crédito
2-La Compañía podrá cobrar cualquier cargo bancario o administrativo por descuento de primas que no sean aceptadas por el banco emisor de la tarjeta de crédito.
3-El pago de las primas a través de la tarjeta de crédito podrá ser discontinuado por la compañía o por él tarjeta –habiente, con un aviso por escrito presentado con treinta (30) días de anticipación a la fecha de efectividad.

Si tiene alguna pregunta, favor comunicarse con la compañía, ubicada en:

Ave. Samuel Lewis, Edificio Plaza Obarrio, Oficina 201
Teléfono: 223-1511 Fax: 264-1949