

		Fecha <input style="width:150px;" type="text"/>
Póliza No.:	Agencia:	PGA:
Asegurado Principal:		CI / RUC:
Dirección:		Ciudad:
Tel. Dom.:	Tel. oficina:	Tel. móvil:

Datos del Pagador (si es diferente al Contratante):		
Nombre Completo:		CI / RUC:
Dirección:		Ciudad:
Tel. Dom.:	Tel. oficina:	Tel. móvil:

Fecha Débito _____ Mes / Año

Autorización de Débito Mayor Medical	
Yo, _____ con cédula de identidad N° _____ autorizo a debitar de mi Tarjeta de Crédito _____ Banco Emisor _____ No. _____ Con Código de Seguridad _____ Fecha de Caducidad _____ / _____ Mes / Año	
El valor de US\$ _____, por concepto de pago de primas de mi Póliza de Seguro N° _____ en favor de Pan-American Life de Ecuador, Compañía de Seguros, S.A.	
Frecuencia de Pago:	<input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual
Forma de Pago:	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Diferido
Plan Diferido con Interés:	<input type="checkbox"/> 3 Meses <input type="checkbox"/> 6 Meses <input type="checkbox"/> 9 Meses <input type="checkbox"/> 12 Meses
<p>Debo y pagaré incondicionalmente sin protesto al Banco Emisor el total de este pagaré más los impuestos legales, así como los intereses y recargos por servicio, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de mora pagaré la tasa máxima autorizada por el Banco.</p> <p>Yo, el que suscribe autorizo a Pan-American Life de Ecuador, Compañía de Seguros, S.A., a debitar de mi tarjeta de crédito cantidades no especificadas y que estén relacionadas con el pago de prima y por concepto de seguro social campesino de mi póliza; cuando llegue la fecha de renovación de la misma o variación por movimientos realizados.</p> <p>Estimado cliente, en caso de que durante los periodos comprendidos entre enero del 2001 a marzo del 2007, usted haya mantenido un contrato de medicina prepagada y/o una póliza de seguros de cualquier índole con cualquier empresa del mercado ecuatoriano, por disposiciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, al valor de la prima neta de esa cotización se recargara el porcentaje máximo de 1.52% sobre la prima anualizada por concepto de Seguro Social Campesino no retenido en el periodo antes indicado.</p>	
Autoriza pagos futuros de su tarjeta de crédito.	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Firma