

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA/ ELECTRONIC PAYMENT AUTHORIZATION FORM



Esta información es estrictamente confidencial y será usada por Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A. para realizar pagos a su cuenta bancaria. Llenar con números legibles y letra de molde. Marcar con X una sola casilla cuando haya múltiples opciones. Firme y selle el formulario.

This information is strictly confidential and will be used by Pan-American Life only to make payments to your bank account. Fill out with readable numbers and block letters. Choose only one option when multiple choices are available. Sign and seal the form.

Fecha de solicitud/Date of request Día/Day Mes/Month Año/Year Asegurado/Insured Otro/Other

I- DATOS PARA PERSONA NATURAL / NATURAL PERSON DATA

N. Póliza / Policy number

Nombres /Names

Apellidos / last name

Escriba la cédula separando sus partes con un guion / Write the ID number separating its parts with a dash

Cédula de Identidad o Número de Pasaporte

II- DATOS DE CONTACTO / CONTACT INFORMATION

Correo / E-mail

Teléfono/Telephone

Extensión/ Extension

Celular / Cell Phone

Fax/ Fax

Dirección/ Address

III- FORMA DE PAGO/ PAYMENT METHOD

Únicamente se pueden utilizar cuentas US\$

No. de Cuenta/
Account Number

Tipo de cuenta/
Account type

Ahorros/ Savings

Monetaria /Checking

Incluir todos los dígitos del número de cuenta bancaria

Banco/ Bank

Dando cumplimiento con la Ley de Reactivación de la Economía, que reforma el art. 25 del Código Orgánico Monetario y Financiero y que menciona lo siguiente:

32. A continuación del literal h) del artículo 25, del Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero agréguese el siguiente literal

i) Señalar que todo reembolso de seguros se realizará mediante transferencia electrónica de fondos o cualquier otro medio de pago electrónico

Es importante indicar que no podremos mantener otra forma de pago a la dispuesta por la ley y debemos puntualizar que la calidad de la información que recibamos es vital para evitar demoras o reprocesos en el pago de reclamos.

Al firmar este formulario, entendemos que en caso de algún cambio relacionado a la cuenta bancaria anterior, será responsabilidad del titular de la póliza notificar de inmediato a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A. / In signing this form I understand that in the event of any change related to the above bank account information, it will be the policyholder's responsibility to immediately notify Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros, S.A.

Cédula de Identidad o Número de Pasaporte / Signature & ID No.: