

Yo, _____, portador de la cédula de identidad personal
Nombre impreso en la tarjeta

No. _____, por este medio autorizo que carguen las primas de mis Pólizas de Seguros identificadas con los siguientes números:

Nombre del Asegurado	Número de Póliza	Día de Cobro	Monto del Descuento
Total del Descuento			B/.

a mi tarjeta de crédito: Visa; Master Card; American Express (marque una)

del Banco: _____.

Número , que vence en

Teléfono Residencial	Oficina / Celular	Correo Electrónico
Dirección:		
Apartado Postal:		

IMPORTANTE

Agradecemos, sírvase completar los datos solicitados al reverso de este documento, con el fin de servirle mejor.

El importe de las primas está sujeto a modificaciones, ya sea por el asegurado o por la compañía, y serán igualmente presentados al Banco para su cobro.

Esta autorización permanecerá vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y sólo podrá ser cancelada por mí, mediante notificación escrita a ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Firma del Asegurado
(Igual que en la tarjeta)

Fecha

Para Uso de la Oficina:	
Fecha de Recibido en Cobros:	

(Favor completar este formulario con letra de imprenta. Los campos marcados con * son obligatorios)

Persona Natural					
Tipo de Identificación *		Cédula *		Pasaporte	
Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>					
1er Nombre*			2do Nombre*		
1er Apellido*			2do Apellido*		
Apellido de casada			Nacionalidad (Indique el país*)		
Fecha de Nacimiento*		Sexo*		Seguro Social	
día	mes	año	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
Dirección					
Barrio*			Calle*		
Edificio/Condominio				No. Casa o Apto.*	
Tiene e-mail*	Tel. Residencia*		Celular		Tel. Oficina
	Correo Electrónico*				Fax
NO <input type="checkbox"/>					
SI <input type="checkbox"/>					
Apartado Postal		País*		Provincia*	
Distrito*			Corregimiento*		
Empresa donde labora			Dirección de Internet		

Firmado en Panamá, República de Panamá el día ____ de _____ de ____ .

Firma del Cliente