



Señores
PAN AMERICAN LIFE
Presente

Asunto: **Autorización de pago por transferencia electrónica.**

Yo, _____
con número de Póliza _____ Certificado _____ autorizo a
Pan American Life, para realizar cualquier pago que se genere a mi
favor por el reintegro de reclamos médicos, mediante transferencia
electrónica a mi cuenta según detalle:

Nombre del Banco:

Número de Cuenta:

Tipo de cuenta:

Corriente ☐ Ahorros ☐

Número de DUI:

Número de NIT:

Firma del Asegurado

Fecha: _____

*Bancos en los cuales se puede realizar transferencias: Banco de América Central, Citibank, Banco Agrícola,
Davivienda, Scotiabank.*

PANA  MEDIC