



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**