

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, Banco Cuscatlan, Banco Agrícola, Davivienda.

Entregar esta autorización en la Oficina de Pan American Life, ubicada en Alameda Dr. Manuel Enrique Araujo y Calle Nueva No. 1, Colonia Escalón, San Salvador, en el área de Recepción o enviarla por correo electrónico, a la dirección: colectivoysalud.sv@palig.com