

Fecha de Emisión: Número de Empresa:

Por este medio autorizo (amos) a: **MAPFRE PANAMÁ, S.A.** (en lo sucesivo LA EMPRESA, para que en mi (nuestro) nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece abajo (en lo sucesivo, EL BANCO), que realice débitos de mi (a nuestra) cuenta: ☐ corriente ☐ ahorros indicada a continuación por los montos también indicados a continuación, y, a la vez, autorizo a EL BANCO para debitar de la referida cuenta, la suma que LA EMPRESA solicite según lo antes indicado. Queda entendido que dichas sumas serán debitadas siempre y cuando en la cuenta antes indicada se mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegara a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber la suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro (amos) y convengo(ímos) que me(nos) hago(cemos) responsable(s) de cualquier sobregiro que resulte y acepto(amos) como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto al importe adeudado, obligándome(nos) a pagar a EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulten por motivo del sobregiro y convengo(ímos) en depositar inmediatamente en EL BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro.

Banco Recibidor: Ruta y Tránsito: Número de Cuenta: Por la suma de \$ Monto Autorizado en Letras: ☒ Monto variable máximoPara varias transacciones: ☒

En consideración a los servicios de débitos de la cuenta que proveerá EL BANCO conforme a la autorización, por este medio relevo (amos) a EL BANCO de toda responsabilidad en relación con cualquier acto que realice conforme a la presente autorización o en caso de que, por cualquier causa, no se hiciere en débito o no se efectuare el pago de la suma solicitada por LA EMPRESA.

Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de expiración especificada a continuación o hasta que EL BANCO reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma, firmada por la(s) persona(s) para el manejo de la cuenta.

Nombre(s): Cédula o R.U.C.: Firma(s): Asegurado: Teléfono: Email: Póliza Número: Fecha de descuento: Fecha de Inicio de Cobro: Pago de Prima Inicial: ☐ Sí ☐ No

Sus descuentos se realizarán de forma:

• Mensual ☐• Semestral ☐• Trimestral ☐• Anual ☐Por un monto de B/.