



La Regional de Seguros

Formulario de Autorización de Pago de Primas con Tarjetas de Crédito

DATOS PERSONALES

Nombre del asegurado: _____

Cédula/Pasaporte: _____

DATOS DE PÓLIZA

No. de Póliza(s): _____ Ramo: _____

No. de Póliza(s): _____ Ramo: _____

No. de Póliza(s): _____ Ramo: _____

Monto autorizado B/:

Tipo de pago: ☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Anual

DATOS DE TARJETA DE CRÉDITO

No. de Tarjeta: _____ Fecha de Expiración: _____ Banco Emisor de la Tarjeta: _____

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN DE SU PREFERENCIA

Tipo de tarjeta: ☐ Visa ☐ Mastercard

Por medio de la presente autorizo a La Regional de Seguros a cargar mensualmente en mi tarjeta antes descrita, la suma de la prima mensual, de la póliza(as) antes indicada. Esta autorización se mantendrá vigente, salvo que se notifique por escrito a La Regional de Seguros con 30 días calendario de anticipación; así mismo se debe notificar con 30 días calendario de anticipación de la cancelación o vencimiento anticipado de dicha tarjeta. De no haber suficiente fondo en mi tarjeta me comprometo a depositar en el Banco inmediatamente después de notificada tal situación, las sumas necesarias para cancelar el pago a La Regional de Seguros. La información en este documento es confidencial y privilegiada, está destinada exclusivamente para el uso de la entidad a la cual está dirigida y no podrá ser publicada o utilizada por terceras personas.

De conformidad con la Ley 81 de 2019 sobre Protección de Datos Personales y sus reglamentaciones, autorizo(amos) expresamente a La Regional de Seguros, S.A. y a las entidades bancarias/procesadoras de pago y/o proveedores que intervengan en la operación a recopilar, tratar y transferir mis(nuestros) datos personales y financieros con la finalidad de gestionar los débitos autorizados de primas, la administración de la(s) póliza(s) y el cumplimiento normativo aplicable. Declaro(amos) conocer que puedo(podemos) consultar la Política de Privacidad completa y ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y Portabilidad) a través del Formulario de Derechos ARCO disponible en el sitio web: www.laregionaldeseguros.com. La información será conservada durante los plazos establecidos por las normas aplicables.

Nombre del titular de la tarjeta

Firma

Cédula

Fecha: Día Mes Año

"Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá"