

AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO

CIUDAD	FECHA DD MM AAAA	CONTRATO N°	CERTIFICADO N°
--------	-------------------------	-------------	----------------

Señores:

ENTIDAD FINANCIERA

Presente

De mi consideración:

Yo, _____, titular de la cuenta de: ahorro corriente o tarjeta de crédito

N° _____ autorizo expresamente a ENTIDAD FINANCIERA

a debitar mensualmente de mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito, fecha de caducidad MM | AAAA por el valor de la cuota según el plan contratado de medicina prepagada.

Estos valores estarán sujetos a modificación cuando CONFIAMED lo decida.

Sin embargo de lo estipulado anteriormente, cualquier instrucción que deje sin efecto esta autorización, la presentaré por escrito a ustedes y a nombre de CONFIAMED con treinta (30) días de anticipación, respetando siempre el contrato de la afiliación de CONFIAMED.

Eximo de cualquier tipo de responsabilidad a ENTIDAD FINANCIERA por los valores reportados por CONFIAMED, en tal virtud renuncio a tomar cualquier acción administrativa, judicial, extrajudicial, en el presente o en el futuro, en contra de la referida Institución.

Atentamente,

(f) _____

Nombre: _____

C.C.: _____

Original: Adjuntar a Solicitud

FORMAS DE PAGO DEBITOS AUTOMATICOS

BANCOS, COOPERATIVAS, Y MUTUALISTAS
A NIVEL NACIONAL

TARJETAS DE CRÉDITO:

Pago Corriente:

MASTERCARD TODAS

VISA TODAS

DINERS CLUB

AMERICAN EXPRESS BANCO DE GUAYAQUIL

FIRMA Y SELLO ASESOR

TITULAR CONTRATO:

Quito: La Colina N26-124 y Av. Francisco de Orellana / **PBX:** (593-2) 3932 - 300 / 1700 30 30 30

Cuenca: Av. Solano y 12 de Abril (Edif. Banco Pichincha Quinto Piso) / **PBX:** (593-7) 2841 - 900 / 1800 40 84 08

Guayaquil: Av. Francisco de Orellana y Justino Cornejo, Ed. Torres Pichincha, 10mo Piso. / **PBX:** (593-4) 2118-353

www.confiamed.com