

Autorización para el Pago de Cuota Mediante Tarjeta de Crédito

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

APELLIDO(S) _____

NOMBRE(S) _____

NÚMERO DE CONTRATO _____

PLAN / OPCIÓN _____

INFORMACIÓN PARA EL PAGO

APELLIDO(S) DEL TARJETAHABIENTE _____

NOMBRE(S) DEL TARJETAHABIENTE _____

NÚMERO DE TARJETA _____

 CORPORATIVA PERSONAL

TIPO DE TARJETA

FECHA DE CADUCIDAD (MM / AA) _____

 ANUAL SEMESTRAL

FRECUENCIA DE PAGO DE CONTRATO

CODIGO DE SEGURIDAD _____

FORMA DE PAGO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIFERIDO | <input type="checkbox"/> CORRIENTE |
| <input type="checkbox"/> CON INTERESES | <input type="checkbox"/> SIN INTERESES |
| <input type="checkbox"/> 3 MESES | <input type="checkbox"/> 9 MESES |
| <input type="checkbox"/> 6 MESES | <input type="checkbox"/> 12 MESES |

INFORMACION DE LA TARJETA

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS | <input type="checkbox"/> VISA | <input type="checkbox"/> OTROS |
| <input type="checkbox"/> MASTERCARD | <input type="checkbox"/> DINERS CLUB | |

 INDIQUE EL BANCO AL QUE CORRESPONDA

TOTAL A PAGAR PRIMER PAGO US\$ _____

TOTAL A PAGAR SEGUNDO PAGO US\$ _____

CIUDAD _____

FECHA (DD/MM/AA) _____

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE _____

Yo, _____ titular de la tarjeta de crédito indicada en este formulario, autorizo a ustedes para que procedan a cargar a mi tarjeta todos los valores por concepto de medicina prepagada de la Empresa Best Doctors S.A. de los contratos detallados arriba en los plazos de pago establecidos y la forma de pago solicitada.

Debo y pagaré incondicionalmente sin protesto al Emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores expresados en esta Autorización de Orden de Debito, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de mora pagaré la tasa máxima autorizada para el emisor de la tarjeta de crédito y las tarifas que esta institución establezca por gestiones de la cartera vencida.

"Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con 60 días de anticipación, a las oficinas de Best Doctors S.A. en caso de revocación de la presente autorización, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados. Acepto que el emisor de la tarjeta de crédito podrá dejar sin efecto esta autorización únicamente en caso de que la empresa proveedora del servicio contratado acepte por escrito dicha revocatoria."

De igual manera autorizo que en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por el que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito antes singularizada, se cuenta con el nuevo número que se me asigne para efectuar todos los pagos de manera incondicional dentro del período correspondiente, de tal manera que el cambio del número indicado no sea causa para no cancelar los valores que adeude.