

# Autorización para Pago con Tarjeta de Crédito

## INFORMACIÓN DEL TITULAR DEL CONTRATO

NOMBRES Y APELLIDOS

NÚMERO DE CONTRATO

PLAN / OPCIÓN

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL TARJETAHABIENTE

NÚMERO DE TARJETA

FECHA DE CADUCIDAD (MM/AA)

CÓDIGO DE SEGURIDAD

CORPORATIVA  PERSONAL

TIPO DE TARJETA

ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  MENSUAL

FRECUENCIA DE PAGO DE CONTRATO

### 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      |
| <input type="checkbox"/> PREFERENCIAL 10 MESES SIN INTERESES |  |
| <input type="checkbox"/> PREFERENCIAL 12 MESES SIN INTERESES |  |

### INFORMACIÓN 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 |                                |

BANCO EMISOR

MONTO TOTAL A PAGAR US\$ \_\_\_\_\_

Yo, en mi calidad de titular de la tarjeta de crédito indicada en este formulario, autorizo a Best Doctors, S.A. Empresa de Medicina Prepagada para que procedan a cargar a mi tarjeta todos los valores por concepto de pago de las cuotas adeudadas del contrato de medicina prepagada arriba indicado, en los plazos de pago establecidos y con la forma de pago solicitada, incluyendo primas adicionales, reajustes y pagos recurrentes.

Declaro que debo y pagaré incondicionalmente y sin protesta al emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores establecidos en esta Autorización Para Pago con Tarjeta de Crédito, en el lugar y fecha convenido. 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 las gestiones correspondientes, monto que también autorizo a cargarlo a mi tarjeta de crédito.

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 Best Doctors S.A. acepte por escrito dicha revocatoria.

De igual manera autorizo a que, en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por la que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito arriba indicada, se utilice 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 adeudados.

En cumplimiento de la legislación para la prevención de lavado de activos y financiamiento de delitos vigente, y conocedor de la pena por perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los fondos pagados a Best Doctors S.A. es y proviene de actividades lícitas, y no contraviene la normativa en referencia.

CIUDAD

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE