

Autorización de pago por tarjeta de crédito / débito bancario



Nombre del titular del contrato:

Número del contrato:

Por favor proporcione la siguiente información:

Yo, _____, cobro de cuotas de mi plan de cobertura médica, de la siguiente forma:

, autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. a realizar el

Método de pago:

Total a cargar:

Tarjeta de crédito

Débito bancario

US\$

PARA TARJETA DE CRÉDITO:



Banco emisor:

Tipo de tarjeta de crédito:

Corporativa

Personal

Número de tarjeta de crédito:

Fecha de expiración:

CVC:

Forma de pago:

Corriente

Diferido

Diferido con intereses:

3 meses

6 meses

9 meses

12 meses

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 cargo, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de encontrarme en 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.

Eximo al emisor de la tarjeta de crédito, de cualquier responsabilidad por los valores reportados por VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. por lo cual desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra de las indicadas instituciones, las mismas que no requerirán de otro instrumento o documento para procesar en mi tarjeta de crédito, los valores generados, los mismos que desde ya acepto y reconozco como obligación.

Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con sesenta (60) días de anticipación, a la oficina matriz del emisor; en caso de revocación de la presente autorización, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.

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

PARA DÉBITO BANCARIO:

Nombre del titular de la cuenta bancaria:

Tipo de cuenta:

Ahorros

Corriente

Nombre del banco:

Número de cuenta:

Con mi firma en este documento autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. a debitar directamente de mi cuenta bancaria indicada arriba, el pago de las cuotas de mi plan de cobertura médica, en la modalidad y valor de cuota descritas en esta autorización.

Entiendo que los valores podrían ser modificados de acuerdo a las condiciones del contrato, por lo cual autorizo desde ya el incremento en el valor del débito, para lo cual bastará una carta enviada por VUMILATINA® al banco.

Declaro que el valor de la cuota, modalidad del contrato y su control del período por el cual se realicen estos débitos, es de mi absoluta responsabilidad, por lo que libero al banco de toda responsabilidad por el cobro excesivo o duplicado de dichas cuotas.

Asimismo, expresamente me obligo a no revocar la presente autorización, sin previo conocimiento por escrito de VUMILATINA® con al menos treinta (30) días previo al siguiente débito, por lo que libero de toda responsabilidad al banco, por los débitos o cargos efectuados basados en la presente autorización.

Me comprometo en forma incondicional e irrevocable a cancelar los valores generados por concepto del contrato suscrito con VUMILATINA® por el plazo del contrato y/o sus extensiones o renovaciones, y a mantener los fondos suficientes y disponibles en mi cuenta bancaria para cubrir dichos pagos.

Débito automático para pagos recurrentes: Sí No

Con mi firma en este documento autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. a debitar directamente de la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria indicada arriba, el valor correspondiente para cubrir la cuota de mi plan de cobertura médica de VUMILATINA®, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

Entiendo que, si hay cualquier cambio en mi contrato, la cantidad de la cuota aprobada también puede cambiar. También entiendo que una copia fiel de este documento será enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito en caso que sea requerido. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. debitar de mi cuenta directamente y pagar la cuota de mi contrato de medicina prepagada, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En el caso que este débito sea rechazado o denegado por cualquier razón, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las cuotas de mi contrato o el contrato podrá ser cancelado. En caso de adeudar una o más cuotas, autorizo debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Cédula de identidad o pasaporte del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

Teléfono del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

Firma del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

Firma del representante de la empresa VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.:

Fecha de firma del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. certifica que la firma del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria es auténtica, por lo que cualquier reclamación en este sentido será debitada de la facturación a nombre de la empresa.

VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.

Compañía registrada en Ecuador

Servicios de administración ofrecidos por VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.

Edificio Omega, piso 4, oficina 10 y 11, calle La Pradera N30-26 y San Salvador Centro Norte

Teléfonos Generales: +593-4-3902033 | +593-4-3922506 | +593-4-2136705

www.vumilatina.com