

# AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

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 DÉBITOS AUTOMÁTICOS

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: