

1. Nombre del titular del contrato:

2. Número del contrato:

Yo, _____ autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. a cargar mi tarjeta de crédito los valores del contrato arriba detallado en los plazos de pago establecidos y la forma de pago solicitada

3. Banco emisor:

4. Tipo de tarjeta de crédito:

Corporativo
 Personal

5. Modalidad del contrato:

Anual
 Semestral
 Trimestral
 Mensual



6. Número de tarjeta de crédito:

7. Fecha de expiración:

8. CVC:

9. Cuota a cargar:

US\$

10. Forma de pago:

Corriente
 Diferido

11. Diferido sin intereses:

3 meses
 6 meses
 9 meses
 11 meses
 12 meses

12. Diferido con intereses:

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 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 los acepto y reconozco como obligación.

Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con 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 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.

Débito automático para pagos recurrentes: Sí No

Con mi firma en este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. debitar automáticamente de la tarjeta de crédito directamente y pagar la cuota de cobertura médica VUMILATINA®, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En caso que me encuentre en mora de una o más cuotas, autorizo debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

13. Cédula de identidad:

14. Teléfono:

+

15. Fecha de firma del tarjetahabiente:

16. Firma del tarjetahabiente:

X _____

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

X _____

VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. certifica que la firma del socio es auténtica, por lo que cualquier reclamación en este sentido será debitado de la facturación de Nombre de la empresa.