privilegio
seguros médicos prepagados

Autorización de cobro Tarjeta de Crédito

Fecha: _____

Yo _____ Con C.I.: _____
Nombres y Apellidos

Dirección: _____ Teléfono: _____

E-mail.: _____

Forma de Pago: Contado: ☐ Diferido: ☐ Plan de Pago: 3 ☐ 6 ☐ 12 ☐ meses sin intereses

El valor de US$ _____ (en letras) _____

. INFORMACIÓN BANCARIA

Banco: _____

Tarjeta: Mastercard: ☐ Visa: ☐ Diners: ☐ Tarjeta Nº.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha de vencimiento tarjeta: Año: _____ Mes: _____ Cs: _____

☐ Autorizo a la entidad financiera efectuar los pagos relacionados con mi Póliza de seguros contratada, así como las posteriores primas generadas por pólizas nuevas o renovaciones.

La prima acordada podrá ser reajustada anualmente de acuerdo a las condiciones del mercado o siniestralidad de la persona asegurada.

Acepto dar por terminado el contrato y por tanto la cobertura de seguro si la Aseguradora no ha podido recaudar una o varias cuotas previamente comprometidas dentro del plazo de 60 días posteriores a la firma de contrato de seguro. En caso de requerir Invalidar esta autorización, solicitaré a Privilegio con 30 días de anticipación.

_____

Ciudad, Firma Cliente

Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad, omisión, error o reticencia de ellas son causa de nulidad (Articulo 14 D.S. 1147 RO 123,7 – XLL-1963)

Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que los valores recibidos de PRIMEPRE S.A , No serán destinados a la realización o financiamiento de ninguna actividad ilícita.

Quito
(02) 2231908