

Lugar y Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Por medio del presente y en virtud del contrato de servicios que tengo suscrito con la empresa **PRIMEPRE S.A. – PRIVILEGIO MEDICINA PREPAGADA**, autorizo (amos) de manera incondicional e irrevocable al BANCO PICHINCHA C.A, debitar de mi (nuestra) Cuenta AHO CTE No. _____ del Banco o Institución Financiera _____, de la cual soy (somos) titular (es), los valores correspondientes por dichos servicios el monto mensual de USD _____.

Me (nos) comprometo (comprometemos) a mantener los fondos necesarios, para que el BANCO PICHINCHA C.A., pueda realizar los débitos de la cuenta en mención, de manera efectiva los días 1ero. 15avo. de cada mes.

Atentamente,

Firma del Cliente Pagador

Nombre Completo del Cliente Pagador

Datos del Cliente Pagador:

En caso de ser persona natural (por favor encierre en un círculo su preferencia de identificación):

Nombre Completo _____
Cédula Pasaporte RUC _____
Sector, Ciudad y Número de Teléfono _____

En caso de ser persona jurídica (por favor encierre en un círculo su preferencia de Identificación):

Nombre de Empresa _____
RUC _____
Sector, Ciudad y Número de Teléfono _____

Nota: En caso de que se realice un ajuste en los costos debido a siniestralidad u otro motivo, el afiliado será debidamente notificado. Dicho ajuste no invalidará la presente orden de débito.