

AUTORIZACION DE DEBITO

Ciudad, _____ dd, _____ mm, _____ aa

No. de Contrato _____

Señores _____

Plus Individual Plus Solución

Presente
De mi consideración:

Yo, _____ de cédula de identidad / pasaporte número _____

autorizo a ustedes a debitar de mi:

- Tarjeta de crédito
número _____ Caducidad: _____ Cod. Seguridad _____ Emisor: _____
- Cuenta corriente número: _____
- Cuenta de ahorros número: _____

En el siguiente período de pago:

Mensual Bimensual Trimestral Semestral Anual

El valor reportado por Plus Medical Services S.A., en cada período de pago por las cuotas estipuladas en el contrato de Prestación de Servicios Médicos Prepagados del contrato número _____.

Este valor deberá ser acreditado en la cuenta corriente de Plus Medical Services S.A., que mantiene en el Banco _____ Me comprometo a mantener los pagos de mi Tarjeta de Crédito al día ó el valor necesario en mi cuenta corriente o ahorros , el primer día hábil de cada mes, lo que me permite obtener los beneficios estipulados en el Contrato de Medicina Prepagada.

Sin embargo de lo expuesto anteriormente, cualquier instrucción que invalide esta autorización la presentaré a ustedes y a Plus Medical Services S.A., con por lo menos 30 días de anticipación.

Eximo a Tarjeta de Crédito _____, Banco _____ de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por Plus Medical Services S.A., por lo cual desde ya renuncio a cualquier acción legal en contra de la institución.

Firma dueño de la cuenta

RECIBO DE PAGO PRIMERA CUOTA

NÚMERO DE CONTRATO _____

Ciudad, _____ dd, _____ mm, _____ aa

Recibo del Sr./Sra. _____ la cantidad de USD. \$ _____ correspondiente al primer pago del contrato de prestación de Servicios de Medicina Prepagada del Contrato número _____ más USD. \$ _____ por derechos de emisión.

- Efectivo
- Cheque número _____ Banco _____ Cuenta número _____
- Tarjeta de Crédito número _____ Emisor _____

En el siguiente periodo de pago:

Mensual Bimensual Trimestral Semestral Anual

Este pago esta sujeto a la resolución por parte de Plus Medical Services S.A., de rechazar o aceptar parcial o totalmente el Contrato de prestación de Servicios Médicos Prepagados. Si este Contrato es rechazado por Plus Medical Services S.A., el monto adjunto será devuelto en el instante de comunicar el rechazo.

El cliente debe exigir la copia de este recibo y leer detenidamente toda la documentación que le será entregada.

NOMBRE DEL VENDEDOR: _____

CÓDIGO: _____

FIRMA: _____