

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE CUOTA MEDIANTE TARJETA DE CRÉDITO Y DÉBITO BANCARIO

DATOS DEL CONTRATANTE:

Apellidos: _____ Nombres: _____

Número del contrato: _____

INFORMACIÓN DEL PAGO CON TAJETA DE CRÉDITO

Apellidos del Tarjetahabiente

Nombre del Tarjetahabiente

Indique el banco al que corresponda

Corporativa Personal

Número de tarjeta

Información de la tarjeta

Visa MasterCard
Discover Diners Club
American Express Otros

Fecha de caducidad (MM/AAAA)

Código de seguridad (CVV)

Forma de pago

Diferido **Corriente**
3 meses sin interés*
6 meses sin interés*
12 meses con interés*

Periodicidad de pago

Mensual Trimestral
Semestral Anual

*(Sin interés aplica solo VISA y MASTERCARD)

INFORMACIÓN DEL PAGO CON DÉBITO BANCARIO

Nombre del titular de la cuenta

Banco

Cuenta de ahorros Cuenta de corriente

Número de cuenta: _____

Yo _____ con cédula de identidad / pasaporte número: _____

por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quien corresponda, los débitos arriba indicados.

Me comprometo a mantener en mi cuenta los fondos suficientes, con el fin de cubrir los valores que adeudo a la compañía ASISKEN ASISTENCIA MÉDICA S.A. y cuyo débito autorizo a través de este instrumento.

Cualquier instrucción para dejar sin efecto la presente autorización de débito me obligo a presentarla a la compañía ASISKEN ASISTENCIA MÉDICA S.A. con al menos 30 días calendario de anticipación.

Eximo al Banco / Emisor de toda responsabilidad por los pagos que efectúe a la compañía ASISKEN ASISTENCIA MÉDICA S.A., en virtud de la presente Autorización de Débito, por lo que renuncio a presentar, por este concepto, cualquier acción legal, jurídica o extrajudicial en contra del Banco / Emisor.

Atentamente,

Firma del cliente: _____ No de cédula de identidad: _____