

**AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE CUOTA MEDIANTE
TARJETA DE CRÉDITO Y DÉBITO BANCARIO****DATOS DEL CONTRATANTE:**

Apellidos: _____ Nombres: _____

Contrato: _____

INFORMACIÓN DEL PAGO CON TARJETA DE CRÉDITOApellidos 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)

Periodicidad de pago

Mensual Trimestral Semestral Anual

Forma de pago

Diferido Corriente 3 meses Sin interés*6 meses Sin interés*12 meses Sin interés****(Sin interés aplica sólo VISA, MASTERCARD, DINERS Y DISCOVER)
Validar detalle de categorías habilitadas.****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: _____