

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

Ciudad: _____ Fecha: _____
Día Mes Año

Yo, _____,
(nombre de pagador)

por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quién corresponda, se debite de mi:

Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros Tarjeta de Crédito F. de Vencimiento: _____
Mes Año

Número: _____ el valor de _____ USD.

del Banco o Tarjeta: _____

con la frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

por el pago de primas de pólizas de vida, asistencia médica o contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.

Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.

ASI mismo, expresamente me obligo a no revocar la presenta autorizacion sin el previo consentimiento por escrito de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.

Atentamente,

Firma del cliente

C.I. / RUC _____

Número de Certificado/Póliza _____

FIN001-2016