

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

Señores
Proassislife S.A.
Entidad financiera

Fecha:
DD/MM/AAA

Ciudad:

Presentes
De mi consideración:

Yo, _____

Titular de la cuenta de: Ahorros Corriente Tarjeta de crédito

VISA

DINERS

DISCOVERY

MASTERCARD

Forma de pago:

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

Fecha de caducidad:
DD/MM/AAA

Código seguridad

Nº _____ autorizo expresamente a _____
(Entidad financiera) a debitar mensualmente de mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito, el valor de la cuota según el plan de medicina prepagada contratado. Estos valores estarán sujetos a modificación cuando PROASSISLIFE S.A. lo decidan. Sin embargo, de lo estipulado anteriormente, cualquier instrucción que deje sin efecto esta autorización, la presentaré por escrito a ustedes y a nombre de PROASSISLIFE S.A. con treinta (30) días de anticipación, respetando siempre el contrato de afiliación con PROASSISLIFE S.A.

Eximo de cualquier tipo de responsabilidad a _____ (Entidad financiera) por los valores reportados por PROASSISLIFE S.A. en tal virtud renuncio a tomar cualquier acción administrativa judicial y extrajudicial en el presente o en el futuro, en contra de la referida institución financiera. Acepto recibir promociones y comunicaciones de PROASSISLIFE S.A. en mi teléfono y correo electrónico.

Atentamente, _____
Firma Cliente

Nombre: _____

C.I.: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Firma y sello del bróker

