

Autorización para el Pago de Cuota Mediante Tarjeta de Crédito

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

NÚMERO DE CONTRATO

PLAN / OPCIÓN

INFORMACIÓN PARA EL PAGO

APELLIDO(S) DEL TARJETAHABIENTE

NOMBRE(S) DEL TARJETAHABIENTE

NÚMERO DE TARJETA

CORPORATIVA PERSONAL

TIPO DE TARJETA

FECHA DE CADUCIDAD (MM / AA)

ANUAL SEMESTRAL

FRECUENCIA DE PAGO DE CONTRATO

CODIGO DE SEGURIDAD

FORMA DE PAGO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIFERIDO | <input type="checkbox"/> CORRIENTE |
| <input type="checkbox"/> CON INTERESES | <input type="checkbox"/> SIN INTERESES |
| <input type="checkbox"/> 3 MESES | <input type="checkbox"/> 9 MESES |
| <input type="checkbox"/> 6 MESES | <input type="checkbox"/> 12 MESES |

INFORMACION DE LA TARJETA

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS | <input type="checkbox"/> VISA | <input type="checkbox"/> OTROS |
| <input type="checkbox"/> MASTERCARD | <input type="checkbox"/> DINERS CLUB | |

INDIQUE EL BANCO AL QUE CORRESPONDA

TOTAL A PAGAR PRIMER PAGO US\$ _____

TOTAL A PAGAR SEGUNDO PAGO US\$ _____

CIUDAD

FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

Yo, _____ titular de la tarjeta de crédito indicada en este formulario, autorizo a ustedes para que procedan a cargar a mi tarjeta todos los valores por concepto de medicina prepagada de la Empresa Best Doctors S.A. de los contratos detallados arriba en los plazos de pago establecidos y la forma de pago solicitada.

Debo y pagaré incondicionalmente sin protesto al Emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores expresados en esta Autorización de Orden de Débito, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de mora pagaré la tasa máxima autorizada para el emisor de la tarjeta de crédito y las tarifas que esta institución establezca por gestiones de la cartera vencida.

"Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con 60 días de anticipación, a las oficinas de Best Doctors S.A. en caso de revocación de la presente autorización, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados. Acepto que el emisor de la tarjeta de crédito podrá dejar sin efecto esta autorización únicamente en caso de que la empresa proveedora del servicio contratado acepte por escrito dicha revocatoria."

De igual manera autorizo que en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por el que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito antes singularizada, se cuenta con el nuevo número que se me asigne para efectuar todos los pagos de manera incondicional dentro del período correspondiente, de tal manera que el cambio del número indicado no sea causa para no cancelar los valores que adeude.

Best Doctors Insurance a member of **Now Health International**

El contrato es emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, compañía registrada en el Ecuador.

Para Servicio en Ecuador
Para Servicio en los EE.UU

5 028000
1 305 269 2521