

## Seguro de Gastos Médicos

## **AUTORIZACION INDIVIDUAL DE COBRO**

La primera cuota debe adjuntarse a la solicitud para que la misma pueda ser tramitada.

Plan Seleccionado					I	Plan Dental	SÍ		NO		
Inclusión de Dependientes	SI		NO								
Cambio de Plan	SI		NO								
Por este medio autorizo a de Vida y Gastos Médicos,								spondier	nte(s)	a mi seguro	
Forma de Pago:											
Anual	S	emestra	al [	]	Trimestra	l 🗆	I	Mensual			
Prima según forma de pago	o Q.				-						
Autorizo uno (1) de los sigu	iient	es med	ios, pa	ıra debi	tar el pago	de la prima:					
Tarjeta de Crédito No		Emisor:									
Fecha de Vencimiento:	/_ 1ES	AÑO									
Cuenta de Banco Industrial	Mc	onetaria		Ahorro	D □ No.						
Cheque otros Bancos*	]	Efec	ctivo*		*(Ún	nicamente er	n pago	anual, s	emest	ral y trimesti	ral)
Por este medio entiendo y pago, hasta que YO notificondiciones generales de la La Compañía no se obliga hiciera no sentará precede	fique a pó a co	por e liza.	scrito	a Segu	ıros El Ro	ble, S.A., lo	cont	rario de	acue	rdo con las	
Facturación a Nombre de:		NIT:									
Nambra dal Ca		mto.		_			irmo o d	lal Caliait			
Nombre del Sol	icita	nie				Г	irma u	lel Solicit	ante		
Titular de la Cuenta a Debitar **						Firma Autorizada					
Fecha				_							

<sup>\*\*</sup> Si el responsable del pago de la prima difiere del asegurado titular.