

## Formulario de autorización débito a cuenta de ahorro para programa de asistencia médica y vial

Fecha:

--	--	--

<b>Nombre del Asociado / Asegurado</b>	
<b>Número de CIF</b>	
<b>Nombre de la Cooperativa</b>	
Cooperativa Guadalupeana R.L.	
<b>Número de cuenta de ahorro</b>	<b>Tipo de cuenta de ahorro</b>
<b>Número de Tarjeta de Crédito</b>	

Por medio de la presente autorizo a Cooperativa de Ahorro y Crédito Integral Parroquial Guadalupeana, R.L, debite de mi cuenta de ahorro y/o haga cargo a mi tarjeta de crédito, en forma mensual, el pago de mi asistencia médica y/o asistencia vial que adquirí.

<b>Datos de la asistencia</b>	
<b>Número de certificado:</b>	
<b>Forma de pago:</b>	
<b>Monto del servicio:</b>	<b>Q.</b>
<b>DPI del asegurado:</b>	

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asociado**

\_\_\_\_\_  
**Firma responsable Cooperativa**

<b>Condiciones Generales</b>
<p>El débito en la cuenta de ahorro y/o cargo a la tarjeta de crédito se realizará el día del vencimiento de su pago y conforme a las políticas de la cooperativa, en caso el débito y/o cargo a tarjeta de crédito no pueda realizarse en la fecha indicada, se podrán realizar hasta dos intentos adicionales durante los dos días hábiles siguientes a la fecha de vencimiento del pago.</p> <p>En cualquier caso, que no se pudiese realizar el débito a la cuenta de ahorro indicada por el asegurado, éste asumirá la responsabilidad por el pago más el porcentaje de recargo según la forma de pago seleccionada. Cualquier cambio en las condiciones de la cuenta de ahorro deberá ser comunicado por escrito y por el titular a Columna Compañía de Seguros S.A. para efectos del débito, sin perjuicio de que el titular deba suscribir un nuevo formulario, de ser el caso.</p>