

## CLINICA: CLINICA DE ESPECIALIDADES SUR



TARJETA N°

CADUCA EN

TITULAR:

CONTRATANTE:

Paciente:

Fecha de Ingreso: Fecha de Salida: N° Aprobacion Intransferible No Negociable

SUSCRIBO DE CONFORMIDAD EL IMPORTANTE DE ESTA RELACION DE FACTURAS Y ME COMPROMETO A DEVOLVER A MAS ECUADOR LA PARTE NO CUBIERTA POR LA POLIZA O CONTRATO CONFORME LOS TERMINOS DEL CONTRATO Y/O POLIZA CORRESPONDIENTE.

"EL CLIENTE AUTORIZA EXPRESAMENTE A MAS ECUADOR S.A. A REALIZAR CONSULTAS PERIODICAS DE SU HISTORIAL CREDITICIO ASI COM A REPORTAR LAS OBLIGACIONES ECONOMICAS QUE SE DERIVEN DE LA REALACION COMERCIAL EN LOS RUBROS DE INFORMACION CREDITICIA CALIFICADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS"

ESTE CREDITO HOSPITALARIO NO IMPLICA ACEPTACION DE COBERTURA BAJO SU POLIZA Y/O CONTRATO

RELACION DE FACTURAS ADJUNTAS POR GASTOS MEDICOS EN LA CLINICA

	HONORARIOS MEDICOS N° F
	GASTOS DE CLINICA N° F
	GASTOS OTROS N° F
	TOTAL N°

LA CLINICA CERTIFICA QUE ESTA EN REALACION LAS FACTURAS ADJUNTAS Y LA FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA SON AUTENTICAS

MAS ECUADOR

R.U.C N° 0991433686001

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR

## CLINICA: CLINICA DE ESPECIALIDADES SUR



TARJETA N°

CADUCA EN

TITULAR:

CONTRATANTE:

Paciente:

Fecha de Ingreso: Fecha de Salida: N° Aprobacion Intransferible No Negociable

SUSCRIBO DE CONFORMIDAD EL IMPORTANTE DE ESTA RELACION DE FACTURAS Y ME COMPROMETO A DEVOLVER A MAS ECUADOR LA PARTE NO CUBIERTA POR LA POLIZA O CONTRATO CONFORME LOS TERMINOS DEL CONTRATO Y/O POLIZA

"EL CLIENTE AUTORIZA EXPRESAMENTE A MAS ECUADOR S.A. A REALIZAR CONSULTAS PERIODICAS DE SU HISTORIAL CREDITICIO ASI COM A REPORTAR LAS OBLIGACIONES ECONOMICAS QUE SE DERIVEN DE LA REALACION COMERCIAL EN LOS RUBROS DE INFORMACION CREDITICIA CALIFICADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS"

ESTE CREDITO HOSPITALARIO NO IMPLICA ACEPTACION DE COBERTURA BAJO SU POLIZA Y/O CONTRATO

RELACION DE FACTURAS ADJUNTAS POR GASTOS MEDICOS EN LA CLINICA

	HONORARIOS MEDICOS N° F
	GASTOS DE CLINICA N° F
	GASTOS OTROS N° F
	TOTAL N°

LA CLINICA CERTIFICA QUE ESTA EN REALACION LAS FACTURAS ADJUNTAS Y LA FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA SON AUTENTICAS

MAS ECUADOR

R.U.C N° 0991433686001

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR

## CLINICA: CLINICA DE ESPECIALIDADES SUR



TARJETA N°

CADUCA EN

TITULAR:

CONTRATANTE:

Paciente:

Fecha de Ingreso: Fecha de Salida: N° Aprobacion Intransferible No Negociable

SUSCRIBO DE CONFORMIDAD EL IMPORTANTE DE ESTA RELACION DE FACTURAS Y ME COMPROMETO A DEVOLVER A MAS ECUADOR LA PARTE NO CUBIERTA POR LA POLIZA O CONTRATO CONFORME LOS TERMINOS DEL CONTRATO Y/O POLIZA

"EL CLIENTE AUTORIZA EXPRESAMENTE A MAS ECUADOR S.A. A REALIZAR CONSULTAS PERIODICAS DE SU HISTORIAL CREDITICIO ASI COMO A REPORTAR LAS OBLIGACIONES ECONOMICAS QUE SE DERIVEN DE LA REALACION COMERCIAL EN LOS RUBROS DE INFORMACION CREDITICIA CALIFICADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS"

ESTE CREDITO HOSPITALARIO NO IMPLICA ACEPTACION DE COBERTURA BAJO SU POLIZA Y/O CONTRATO

RELACION DE FACTURAS ADJUNTAS POR GASTOS MEDICOS EN LA CLINICA

	HONORARIOS MEDICOS N° F
	GASTOS DE CLINICA N° F
	GASTOS OTROS N° F
	TOTAL N°

LA CLINICA CERTIFICA QUE ESTA EN REALACION LAS FACTURAS ADJUNTAS Y LA FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA SON AUTENTICAS

MAS ECUADOR

R.U.C N° 0991433686001

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR