




CLINICA: CLINICA DE ESPECIALIDADES SUR							
TARJETA N°			CADUCA EN				
TITULAR:					RELACION DE FACTURAS ADJUNTAS POR GASTOS MEDICOS EN LA CLINICA		
CONTRATANTE:							
Paciente:				N° Aprobacion			
Fecha de Ingreso:		Fecha de Salida:		Intransferible No Negociable		HONORARIOS MEDICOS N° F	
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 <div>_____</div> FIRMA DEL AFILIADO TITULAR						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		

CLINICA: CLINICA DE ESPECIALIDADES SUR							
TARJETA N°			CADUCA EN				
TITULAR:					RELACION DE FACTURAS ADJUNTAS POR GASTOS MEDICOS EN LA CLINICA		
CONTRATANTE:							
Paciente:				N° Aprobacion			
Fecha de Ingreso:		Fecha de Salida:		Intransferible No Negociable		HONORARIOS MEDICOS N° F	
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 <div>_____</div> FIRMA DEL AFILIADO TITULAR						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		

CLINICA: CLINICA DE ESPECIALIDADES SUR							
TARJETA N°			CADUCA EN				
TITULAR:					RELACION DE FACTURAS ADJUNTAS POR GASTOS MEDICOS EN LA CLINICA		
CONTRATANTE:							
Paciente:				N° Aprobacion			
Fecha de Ingreso:		Fecha de Salida:		Intransferible No Negociable		HONORARIOS MEDICOS N° F	
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 <div>_____</div> FIRMA DEL AFILIADO TITULAR						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		