

**CONDICIONES DE PAGO /AUTORIZACIÓN DE DÉBITO BANCARIO / TARJETA DE CRÉDITO**

NÚMERO DE AFILIACIÓN:

Señores:

Yo,

TIPO DE CUENTA

1. Corriente

2. Ahorros

CÉDULA DE IDENTIDAD / RUC / PASAPORTE

Autorizo a SALUDSA debitar de mi cuenta:

NÚMERO DE CUENTA/ TARJETA

TARJETA CADUCIDAD ( )

1. Mensual 2. Bimensual  
3. Trimestral 4. Cuatrimestral  
5. Semestral 6. Anual

El valor total de las cuotas reportadas por SALUDSA en cada período de pago

por las cuotas estipuladas en el Contrato de Prestación de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada, Autorizo a Saludsa a solicitar el Movimiento bancario de esta cuenta. Me comprometo a mantener los pagos de mi Tarjeta de Crédito al día, y, el valor necesario en mi cuenta bancaria el primer día hábil de cada mes, para poder obtener los beneficios estipulados en el Contrato de Prestación de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada que he firmado con SALUDSA. Sin embargo de lo estipulado anteriormente, cualquier instrucción que invalide esta autorización la presentaré a ustedes y a SALUDSA con 30 días de anticipación.

Eximo a la INSTITUCIÓN BANCARIA de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por SALUDSA por lo cual desde ya renuncio a cualquier acción legal en contra de la institución.

Devolución de Cuotas

En caso de terminación anticipada del Contrato por parte del Contratante, siempre y cuando hubiere cancelado por anticipado tres o más cuotas, el valor de las mismas, podrá ser reembolsado al Contratante por el periodo no transcurrido del Contrato restando los Gastos Administrativos.

Atentamente,

El Cliente