





Un mundo de confianza en sus manos

## **AUTORIZACIÓN DE DÉBITO**

Vo,	Ciudad: Fech	ıa				
(nombre de pagador) por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quién corresponda, se debite de mi:  Cuenta Corriente		Día	Mes	Año		
Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros Tarjeta de Crédito R. de Vencimiento Mes Año  Número Guenta Corriente Cuenta de Ahorros Tarjeta de Crédito R. de Vencimiento Mes Año  Número Guenta de Dago: Mensual Trimestral Semestral Anual Semestral Guenta de Dago: Mensual Guenta de	Yo,				,	
Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros Tarjeta de Crédito F. de Vencimiento Mes Año  Número USD.  del Banco o Tarjeta:  con la frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Dorrel pago de primas de pólizas de vida, asistencia médica o contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.  Teléfono: Celular:  Correo electrónico  Correo electrónico  Celular:  Correo electrónico  La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago aportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  As mismo, expresamente me couigo a no revocar ia presenta autorización sin el prevo consentimiento por escrito de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,					<del></del> ·	
Número   el valor de   USD.    del Banco o Tarjeta :  con la frecuencia de pago: Mensual   Trimestral   Semestral   Anual      por el pago de primas de pólizas de vida, asistencia médica o contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o    fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.    por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora    de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme    al día en los pagos.   Teléfono:   Celular:    Correo electrónico   Celular:    Correo electrónico   Celular:    Correo electrónico   Celular:    Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a inciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar jos débitos en mi cuenta. Reconoca que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Asi mismo, expresamente me ouigo a no revocar na presenta autorización sin el previo consentimento por escrito de la matorización.  Atentamente,  Firma del cliente  C.I. / RUC   Firma del cliente	por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quien corresponda, se debite de	mı:				
Número   el valor de   USD.    del Banco o Tarjeta :	Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros Tarjeta de Crédito	F. de Ven	cimiento			
del Banco o Tarjeta :  con la frecuencia de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual  por el pago de primas de pólizas de vida, asistencia médica o contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o  fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.  por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora  de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme  al dia en los pagos.  Telétono: Celular:  Correo electrónico  La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR  COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha  de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes  determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR  COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cual desde ya renuncio a cualquier  reclamación ya iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento  para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de  seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Así mismo, expresamente me opigo a no revocar la presenta autorización sin el previo consentimiento por escrito de Bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda  responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente  autorización.  Atentamente,				Mes And	0	
con la frecuencia de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual  por el pago de primas de pólizas de vida, asistencia médica o contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.  Teléfono: Celular:  Correo electrónico  La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Así mismo, expresamente me opigo a no revocar ia presenta autorización sin en previo consentimiento por escrito de bivi DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,	Número	el valor de			USD.	
por el pago de primas de pólizas de vida, asistencia médica o contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos. Teléfono:  Celular: Correo electrónico  La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación ya iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Así mismo, expresamente me obigo a no revocar la presenta autorización sin el previo consentimiento por escrito de Bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.	del Banco o Tarjeta :				_	
fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.  por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora  de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme  al día en los pagos.  Teléfono:  Celular:  Correo electrónico  La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR  COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR  COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación ya iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesa los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Asi mismo, expresamente me opigo a no revocar ia presenta autorización sin el previo consentimiento por escrito de BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente	con la frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual					
por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.  Teléfono:	por el pago de primas de pólizas de vida, asistencia médica o contrato de medicina pr	epagada y l	as cuotas	que ajuste	0	
de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.  Teléfono:	fije en el futuro BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUA	LAS MÉDICA	AS DEL EC	CUADOR S.A		
de una o mas cuotas, autorizo a debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.  Teléfono:	por primas o cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso qu	ie me encor	ntrare en	mora		
La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  ASI mismo, expresamente me conigo a no revocar na presenta autorizacion sin el previo consentimiento por escrito de bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente  Firma del cliente						
La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Asi mismo, expresamente me opigo a no revocar la presenta autorización sin el previo consentimiento por escrito de bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente						
La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Asi mismo, expresamente me opigo a no revocar la presenta autorización sin el previo consentimiento por escrito de bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente	Teléfono: Celular:					
La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que mediare una comunicación hecha previamente a BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Asi mismo, expresamente me opuigo a no revocar la presenta autorizacion sin el previo consentimiento por escrito de bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente  C.I. / RUC	<del></del>					
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Asi mismo, expresamente me opigo a no revocar la presenta autorizacion sin el previo consentimiento por escrito de Bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente						
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.  Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Asi mismo, expresamente me opigo a no revocar la presenta autorizacion sin el previo consentimiento por escrito de Bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente						
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de seguro está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.  Asi mismo, expresamente me opigo a no revocar la presenta autorizacion sin el previo consentimiento por escrito de Bivil DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente  C.I. / RUC  Firma del cliente	COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. o BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. hecha con 45 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la obligación de pago, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes					
DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente autorización.  Atentamente,  Firma del cliente  C.I. / RUC	COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo cuál desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier orden legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco que la vigencia del Contrato de medicina prepagada o la respectiva póliza de					
C.I. / RUC Firma del cliente	DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. ó BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al banco/emisor de tarjeta de crédito, por los débitos o cargos efectuados con base a la presente					
C.I. / RUC Firma del cliente	Atentamente					
C.I. / RUC	Action ence,					
C.I. / RUC	Firma del cliente					
Número de Certificado/Póliza						
Número de Certificado/Póliza						
Número de Certificado/Póliza						
	Número de Certificado/Póliza					

FIN001-2016