

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

(Nombre de pagador)

por medio de la presente, solicito a usted ordenar a quién corresponda, se debite de mi:

Tarjeta de Crédito        

Cuenta Corriente

Cuenta de Ahorros

Personal  Corporativa  En caso de que la tarjeta/cuenta sea corporativa por favor indique:

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ RUC \_\_\_\_\_

N° de tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_ F. de Vencimiento Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

el valor de: \_\_\_\_\_ USD.

Banco Emisor: \_\_\_\_\_

con la frecuencia de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

por el pago de cuotas del contrato de medicina prepagada y las cuotas que ajuste o fije en el futuro BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. por cuotas adicionales, recurrentes con ocasión de la renovación. En caso que me encontrare en mora de una o más 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: \_\_\_\_\_

Concedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento, que el origen de los valores cancelados a BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. ("BMI IGUALAS") por la adquisición del(de los) Contrato(s), son y provienen de actividades lícitas. Así mismo, declaro que todos los datos personales u otra información contenida en esta autorización, que servirán para realizar el cobro de los valores adeudados a BMI IGUALAS por concepto de cuotas, son verdaderos, completos y proporcionados a modo fidedigno y actualizado. Acepto que la información arriba detallada es de mi absoluta responsabilidad y que el pago del financiamiento de las prestaciones sanitarias será utilizado de forma lícita.

Estoy de acuerdo con el precio total pactado por la adquisición del Contrato, así como con el valor determinado por concepto de cuotas que BMI IGUALAS ajuste o fije en el futuro. De igual forma autorizo que por este medio se debiten las notas de cobranza. Eximo al banco/emisor de la tarjeta de crédito de cualquier responsabilidad por los valores reportados por BMI IGUALAS, por lo cual desde ya renuncio a cualquier tipo de reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra de la indicada institución, la misma que no requiera de otro instrumento para procesar los débitos en mi cuenta. Reconozco, además, que la vigencia del respectivo Contrato de atención integral de salud prepagada está ligada al pago oportuno de las cuotas respectivas, en los términos previstos en el Contrato.

Declaro que: i) he entregado voluntariamente mis datos personales para que estos sean tratados de acuerdo con lo que manda la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales; ii) he leído y entiendo la información proporcionada por BMI IGUALAS en relación al tratamiento de mis datos personales encontrada en: <https://www.bmicos.com/ecuador/proteccion-de-datos/proteccion-de-datos-bmi-igualas-medicas/> Declaro, además, que he sido completamente informado y entiendo plenamente el servicio ofrecido, periodo de cobertura del Contrato, periodicidad y forma de pago detalladas en la presente autorización de débito. Autorizo, debidamente informado y de manera expresa, a BMI IGUALAS, a utilizar canales de notificación y/o comunicación, los cuales incluyen pero no se limitan a comunicaciones electrónicas (vía correo electrónico o cualquier otro medio digital reconocido), call center, mensajes de texto, llamadas por celular o cualquier mecanismo que guarde información y/o datos personales en medios magnéticos o digitales y que registre la expresión de la voluntad de las partes, durante la vigencia de la relación contractual o por el tiempo que mande la ley correspondiente para tal efecto. Esto, incluye recibir información, publicidad, ofertas comerciales o notificaciones por cualquier medio, incluyendo medios electrónicos, incluso aunque no llegue a adquirir el contrato de atención integral de salud prepagada.

La presente autorización se mantendrá vigente, salvo que medie una comunicación escrita efectuada por parte del pagador a BMI IGUALAS, con al menos 30 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, inclusive en las posteriores renovaciones de esta.

Así mismo, me obligo a no revocar la presente autorización sin el previo consentimiento por escrito de BMI IGUALAS, toda vez que dicha revocación podría afectar la continuidad de mi Contrato. Por consiguiente, 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 titular de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito

C.C. / RUC \_\_\_\_\_ N° de Contrato \_\_\_\_\_