

Línea de Negocio: _____ Plan: _____

Ciudad: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Institución financiera: _____

Yo, _____, con C.I. ____ o Pasaporte ____ No.: _____
(Apellidos y nombres completos)

Autorizo debitar de forma: Mensual ____ Trimestral ____ Semestral ____ Anual ____

de mi Cuenta Corriente ____ Cuenta de Ahorros ____ Tarjeta de Crédito ____ No.: _____

con fecha de caducidad Mes ____ Año _____, correspondiente al valor de las cuotas estipuladas en el Contrato de Prestación de Medicina Prepagada suscrito con la compañía MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A.

por el Valor Neto USD _____*/ **VALOR TOTAL USD _____*(Incluye Impuestos y Contribuciones de Ley) VALOR TOTAL (en letras)**

dólares de los Estados Unidos de América.

* Entiendo, autorizo y acepto los cargos recurrentes de los débitos asociados a este documento, en la forma y periodicidad aquí establecida. En caso de renovación del contrato, entiendo que el precio aquí detallado puede variar amparado en las Resoluciones y Notas Técnicas debidamente aprobadas por la Autoridad Competente para el plan contratado y aceptado de manera voluntaria por mi persona.

* Así también, por medio de la presente, ratifico mi voluntad de, en caso de controversia, someterme a la cláusula arbitral constante en el contrato suscrito.

Esta autorización será válida incluso después de la terminación del contrato hasta finiquitar cualquier deuda que pueda existir, la misma que autorizo sea cobrada por este medio. Para ello, será necesario que HUMANA tenga registrado la existencia de dicha deuda en el Balance.

Este documento cumple con los requisitos y regulaciones de la Resolución 463-2018-F emitida por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera con fecha 26 de octubre de 2018 y se mantendrá vigente hasta su modificación por parte del ente regulatorio correspondiente.

Eximo a la Institución Financiera de cualquier otra responsabilidad y renuncio a toda acción legal que pudiera producirse con relación a este servicio.

Atentamente

FIRMA

CÉDULA / PASAPORTE No

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento: El registro No **53058; (Plan Individual)** con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00037929-O**, de 24 de septiembre de 2020. El registro No **52923; (Plan Empresarial)**; con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00032190-O**, de 20 de agosto de 2020. El registro No **53236; (Plan Proteger)**; con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00048328-O**, de 26 de noviembre de 2020. El registro No **53259; (Plan Renacer)**; con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00048327-O**, de 26 de noviembre de 2020.