

FECHA

DD/MM/AAAA

CIUDAD

Señores

Proassislife S.A.
Entidad financiera

Presentes

De mi consideración:

Yo, _____

Titular de la cuenta de: Ahorros Corriente Tarjeta de crédito

VISA

DINERS

DISCOVERY

MASTERCARD

FECHA DE CADUCIDAD

DD/MM/AAAA

CÓDIGO DE SEGURIDAD

Nº _____ autorizo expresamente a _____

[Entidad financiera] a debitar mensualmente de mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito, el valor de la cuota según el plan de medicina prepagada contratado.

Estos valores estarán sujetos a modificación cuando **PROASSISLIFE S.A.** lo decida. Sin embargo de lo estipulado anteriormente, cualquier instrucción que deje sin efecto esta autorización, la presentaré por escrito a ustedes y a nombre de **PROASSISLIFE S.A.** con treinta (30) días de anticipación, respetando siempre el contrato de afiliación con **PROASSISLIFE S.A.**

Eximo de cualquier tipo de responsabilidad a _____ **[Entidad financiera]** por los valores reportados por **PROASSISLIFE S.A.** en tal virtud renuncio a tomar cualquier acción administrativa judicial y extrajudicial en el presente o en el futuro, en contra de la referida institución financiera. Acepto recibir promociones y comunicaciones de **PROASSISLIFE S.A.** en mi teléfono y correo electrónico.

Atentamente,

.....

Firma Cliente

Nombre:

CC:

Teléfono:

E-mail:

FIRMA Y SELLO DEL BRÓKER