

AUTORIZACIÓN ORDEN DE CARGO PARA PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO



Para uso interno de Bupa

No. de autorización Procesado a través de

1. INFORMACIÓN SOBRE EL TITULAR

Titular de la póliza Número de póliza

2. INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO

Frecuencia de pago de la póliza ☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Anual (*) ☐ Otra:

(*) En caso de pago anual, complete sólo la columna del primer pago

Detalle del valor a pagar	Primer pago	Pagos subsiguientes
Prima	US\$	US\$
Cobertura opcional	US\$	US\$
Contribución Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros	US\$	US\$
Contribución Seguro Social Campesino	US\$	US\$
Tarifa administrativa anual	US\$	US\$
IVA	US\$	US\$
Sub-total	US\$	US\$
Financiamiento diferido	US\$	US\$
TOTAL	US\$	US\$

3. INFORMACIÓN SOBRE LA TARJETA DE CRÉDITO

Tarjeta de crédito	☐  ☐  ☐  ☐  ☐ 
Banco emisor	
Nombre del tarjetahabiente	
Tarjeta Número	
Fecha de caducidad	MM/AA Código de seguridad
Forma de pago	☐ Crédito corriente ☐ Crédito diferido con intereses ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 9 meses ☐ 12 meses

4. AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Debo y pagaré incondicionalmente sin protesto al banco emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores expresados en esta Autorización de Orden de Cargo, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de mora, pagaré la tasa máxima autorizada para el banco emisor de la tarjeta de crédito y las tarifas que esta institución establezca por gestiones de la cartera vencida.

Desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra del banco emisor, el mismo que no requerirá de otro instrumento o documento para procesar en mi tarjeta de crédito los valores generados, los mismos que desde ya acepto y reconozco como obligación.

De igual manera autorizo que en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por la que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito antes singularizada, se cuenta con el nuevo número que se me asigne para efectuar todos los pagos de manera incondicional dentro del período correspondiente, de tal manera que el cambio del número indicado no sea causa para no cancelar los valores que adeude.

5. VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma Autorizada		Asegurado Titular y/o Contratante Firma	

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente formulario con el número de registro 50863, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00080903-O del 1 de octubre de 2018.

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador

Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • www.bupalud.com/MiBupa