

Autorización Pago Automático de Planes Voluntarios de Salud

No.	Ciudad	Día	Mes	Año

Débito automático <input type="checkbox"/>	Cargo a Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	VISA <input type="checkbox"/>	Mastercard <input type="checkbox"/>
--	---	-------------------------------	-------------------------------------

Información del cliente

Nombres y apellidos

Yo: _____

Documento de identidad C.C. NIT. C.E. No. _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Oficina _____ Teléfono _____

E-Mail _____ Empresa _____ Nit. _____

Información del pago

Exproso mi autorización a la Caja de Compensación Familiar Compensar Nit. 860.066.942-7 para efectuar retiros de la cuenta o la tarjeta de crédito que figura a mi nombre.

Débito automático Cargo a Tarjeta de Crédito Tarjeta No. _____

Entidad Financiera _____

Tipo de cuenta Ahorros Corriente Cuenta No. _____

Los valores a debitar o a cargar, serán los correspondientes a las tarifas acordadas para el plan voluntario de salud.

Plan Complementario _____ \$ _____

Periodicidad Mensual Bimestral Semestral Día del débito 5 10 15 20 25

Fecha de inicio

Día	Mes	Año

Como titular de la cuenta me comprometo y obligo a mantener los fondos o cupo suficientes y disponibles para cubrir el débito y/o cargo autorizado, en caso contrario asumo como no pagada la cuota correspondiente y eximo a Compensar, de cualquier responsabilidad por las consecuencias que se deriven del no pago.

La presente autorización tiene vigencia a partir de la fecha. En caso de cambio de las condiciones de la autorización, el usuario se obliga a diligenciar una nueva autorización de pago automático.

Igualmente, autorizo la renovación automática anual del débito o cargo a la tarjeta de crédito, de la cuenta relacionada, incluyendo el incremento anual autorizado y la aplicación de tarifas según condición de vinculación de los beneficios del contrato, a esta EPS.

Nombre _____	Huella	Sello Asesor Uso exclusivo de la EPS
Firma y C.C. No. _____		