

AUTORIZACION DE PAGO DE SERVICIO NO FINANCIERO

PLAN SOCIOS "COAC ESPERANZA DEL FUTURO"

COBERTURA	DETALLE	CONSULTAS
Consultas médicas	Medicina General	Ilimitadas, sin costo
	Ginecología	
	Pediatría	
Medicación gratuita	De acuerdo con vademécum genérico masivo de Privilegio	
Consultas de Odontología	Según detalle de coberturas	
Servicio exequial para titular	Según detalle de coberturas	
PRIMA NETA MENSUAL	USD. 5,00	
PRIMA TOTAL ANUAL	USD. 60,00	

Yo _____ con cédula de ciudadanía No. _____ conozco y acepto las condiciones para la contratación de los servicios detallados en el cuadro adjunto, por lo que solicito y autorizo a COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO ESPERANZA DEL FUTURO LTDA. a realizar el débito de mi cuenta de ahorros No. _____ por el valor total de USD _____ correspondiente al pago del seguro con la empresa de medicina prepagada PRIMEPRE S.A., CONTRATO No. 347, por la totalidad de la vigencia del crédito.

Autorizo a PRIMEPRE S.A. que para tramitar la renovación de la presente autorización de débito pueda hacer uso de canales electrónicos o medios digitales contemplados dentro de la ley de comercio electrónico, firmas electrónicas y mensajes de datos.
(Título III, capítulo III, art.48)

En la ciudad de a losdía(s) del mes de del 20.....

FIRMA TITULAR