

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Nombres y Apellidos del titular de la Tarjeta:		Cédula de Identidad:	Nº de cliente:
dirección:		celular 1:	
Barrio: Ciudad:		teléfono:	celular 2:
		Correo:	

DATOS DE LA TARJETA

TARJETA A CREDITO () DEBITO ()	ENTIDAD BANCARIA:
Nº DE TARJETA	VTO. DE TARJETA

DATOS DEL CONTRATO

ID del cliente:	Nombre y apellido del Responsable del contrato:
-----------------	---

De mi mayor consideración:

Autorizo a REYVA S.A. también conocida como REYVA MEDICINA PREPAGA y al Banco emisor a debitarme de mi tarjeta de CREDITO/DEBITO más arriba indicada en forma mensual el pago por las obligaciones que emergen del contrato precedentemente individualizado, renovaciones y adendum adicionales referente a la prestación de servicios de Medicina Pre paga durante la vigencia del mismo o hasta que el firmante de este documento indique por escrito lo contrario.

Declaro estar en conocimiento que puedo acceder a mis Facturas y recibos a través del ingreso, en el sitio WEB de la empresa REYVA S.A. www.reyva.com.py

Entiendo que el Banco emisor tiene derecho de rechazar el pago de la facturación por estar inhabilitado o sin límite suficiente en mi tarjeta de crédito/Debito, esto me hace responsable de los importes de la factura, mora y de cualquier otro cargo que pueda facturar REYVA S.A. MEDICINA PREPAGA por falta de pago en términos de servicios, así como también de las demás consecuencias indicadas en las disposiciones vigentes para el supuesto.

Acepto por este medio que se me debitará desde el siguiente mes firmado el instrumento. Asimismo reconozco que es mi responsabilidad mantener los fondos disponibles en mi tarjeta de crédito/debito mencionada para que REYVA S.A. Realice los cargos respectivos, si en la fecha establecida para el débito no tuviese los fondos suficientes para dicha operación, autorizo que la misma se realice en cualquiera de las fechas o ciclos establecidos para este cobro hasta lograr el débito y por el saldo total vencido.

Queda claro y determinado que si el proceso del débito es rechazado por dos meses consecutivos o alternados, cualquiera sea el motivo, REYVA S.A. MEDICINA PREPAGA trasladará el pago automáticamente a la modalidad de cobranza por ventanilla, quedando en morosidad.

Además de lo precedentemente mencionado, acepto que esta solicitud entrará a regir a partir de la fecha de aceptación por parte de REYVA S.A. MEDICINA PREPAGA y estará vigente en forma ininterrumpida hasta que REYVA S.A. MEDICINA PREPAGA acuse recibo por escrito de mi solicitud pidiendo la exclusión del servicio de cobranza por débito automático.

Comprendo y acepto expresamente que REYVA S.A. MEDICINA PREPAGA no será responsable por el reembolso abonado por débitos automáticos, cuando la cancelación no fue comunicada con antelación debida al banco o entidad financiera que ha transferido el pago automáticamente si la cobertura de los servicios médicos sanatoriales continuara vigente.

Así mismo, en caso de robo o extravió de mi tarjeta de crédito/debito me obligo a comunicar por escrito el nuevo número de la tarjeta en lo que dure ese trámite, me comprometo a abonar en caja la cuota.

Del mismo modo entiendo y soy responsable en caso de error en la transcripción de los datos de mi tarjeta de crédito/debito, quedando la autorización de débito automáticamente nulo y sin efecto, y por ende, en la modalidad de pago por ventanilla.

En prueba de conformidad y aceptación de los datos arriba detallados y habiendo leído todos los términos precedentemente mencionados firmo este documento.

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CONTRATO
ACLARACION
C.I. Nº

FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA
ACLARACION
C.I. N º

**ADJUNTAR COPIA
TARJETA
C.I.**