

Línea de Negocio: Individual  Empresarial  Proteger  Renacer  Prosonrisas

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_ con C.I. Pasaporte o RUC N°. \_\_\_\_\_  
(nombre de pagador)

Autorizo debitar de forma: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

De mi:

Cuenta Corriente:

Cuenta de Ahorros:

Tarjeta de Crédito:          Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

N° de tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_ del Banco Emisor: \_\_\_\_\_

,correspondiente al valor de las cuotas estipuladas en el Contrato de Prestación de Medicina Prepagada suscrito con la compañía MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A, el \*/ VALOR TOTAL USD

\_\_\_\_\_\* (Incluye Impuestos y Contribuciones de Ley).

VALOR TOTAL (en letras) \_\_\_\_\_ dólares de los Estados Unidos de América.

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mediante esta autorización de débito, de acuerdo a lo que establece la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente en Ecuador y en virtud de la política de privacidad, autorizo expresamente a MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A. en calidad de responsable de tratamiento de datos personales, para que realice el tratamiento de mis datos personales, los recopile, procese, analice, conserve y los transfiera a terceros determinados, para realizar cobros, perfilamiento, mantenerme informado sobre cuestiones relativas a la actividad de la empresa, así como comunicarse de forma electrónica, call center, celular o cualquier mecanismo que guarde información en medios magnéticos o digitales, en cualquier lugar y que registre la expresión de la voluntad de las partes. Esto incluye recibir información o notificaciones por cualquier medio incluyendo medios electrónicos. Declaro que los datos consignados en la presente autorización son verídicos y actuales. Autorizo expresamente a MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A. a verificar mi información crediticia a través de un Buró de Crédito debidamente constituido y autorizado por la Superintendencia de Bancos. El responsable de tratamiento de datos personales garantiza que la información será tratada de manera lícita, transparente, oportuna y limitada a lo necesario en relación con los fines pertinentes. Me han informado que puedo hacer ejercicio de mis derechos sobre dichos datos personales, de así convenir a mis intereses y a través del proceso implementado por la compañía para tal efecto. Podré retirar este consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte al legítimo tratamiento realizado hasta la fecha.

Entiendo, autorizo y acepto los cargos recurrentes de los débitos asociados a este documento, en la forma y periodicidad aquí establecida. En caso de renovación del contrato, entiendo que el precio aquí detallado puede variar amparado en las Resoluciones y Notas Técnicas debidamente aprobadas por la Autoridad Competente para el plan contratado y aceptado de manera voluntaria por mi persona.

Así también, por medio de la presente, ratifico mi voluntad de, en caso de controversia, someterme a la cláusula arbitral constante en el contrato suscrito.

Esta autorización será válida incluso después de la terminación del contrato hasta finiquitar cualquier deuda de facturas o copagos que pueda existir, la misma que autorizo sea cobrada por este medio. Para ello, será necesario que HUMANA tenga registrado la existencia de dicha deuda en el Balance.

Este documento cumple con los requisitos y regulaciones de la Resolución 463-2018-F emitida por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera con fecha 26 de octubre de 2018 y se mantendrá vigente hasta su modificación por parte del ente regulatorio correspondiente.

Eximo a la Institución Financiera de cualquier otra responsabilidad y renuncio a toda acción legal que pudiera producirse con relación a este servicio.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CÉDULA / PASAPORTE No

HUM-AUT-DEB-GEN-V7