

Día	Mes	Año

## Autorización Pago Automático de Planes Voluntarios de Salud

### Información del cliente

Nombres y apellidos

Yo: \_\_\_\_\_

Documento de identidad    C.C.     NIT.     C.E.     No. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_    Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección domicilio \_\_\_\_\_    Celular \_\_\_\_\_

### Información del pago

Expreso mi autorización a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Valle Nit. 890.303.093-5 para efectuar retiros de la cuenta o la tarjeta de crédito que figura a mi nombre.

1.  Cargo a tarjeta de crédito    Tarjeta No. \_\_\_\_\_

Entidad Financiera \_\_\_\_\_    Fecha de expiración    Mes    Año

2.  Débito automático de cuenta    Tipo de cuenta     Ahorros     Corriente

Entidad Financiera \_\_\_\_\_    Cuenta No. \_\_\_\_\_

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

Periodicidad     Mensual     Bimestral     Trimestral     Cuatrimestral     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 Comfenalco Valle, 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 _____	Sello Asesor Uso exclusivo de la EPS
Firma y C.C. No. _____	