

SOLICITUD DE DIFERIMIENTO DE CUOTAS CON TARJETA DE CREDITO

Art. 7 Ley Orgánica De Apoyo Humanitario Para Combatir La Crisis Sanitaria Derivada Del Covid-19

CIUDAD	FECHA DD MM AAAA	CONTRATO N°
--------	-------------------------	-------------

Señores Confiamed

Presente:

Por medio del presente yo, _____, con número de cédula _____ en calidad de contratante y/o titular del contrato número _____ que mantengo con ustedes Confiamed S.A., solicito se realice el diferimiento de hasta tres cuotas que se encuentren en mora dentro de las fechas del Estado de Excepción por la Emergencia Sanitaria del COVID-19, por un valor de \$ _____ mismo que pagaré con el plan diferido a _____ meses sin intereses con la tarjeta de crédito cuya información del propietario detallo a continuación:

Señores:

ENTIDAD FINANCIERA

Por medio del presente yo, _____ con número de cédula _____ titular de la tarjeta de crédito N° _____ con fecha de vencimiento [MM | AAAA] y código de seguridad _____ autorizo expresamente a ENTIDAD FINANCIERA _____ debitar de mi tarjeta de crédito el valor de _____ mismo que pagaré con el plan diferido a _____ meses sin intereses por el valor de las cuota según el plan contratado de medicina prepagada.

Cualquier instrucción que deje sin efecto esta autorización la presentaré por escrito a ustedes y a nombre de Confiamed con treinta (30) días de anticipación, respetando siempre el contrato de la afiliación de Confiamed. Eximo de cualquier tipo de responsabilidad a ENTIDAD FINANCIERA _____ por valores reportados por Confiamed, en tal virtud renuncio a tomar cualquier acción administrativa, judicial, extrajudicial, en el presente o en el futuro, en contra de la referida institución.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

C.C: _____