

Ciudad: _____ Fecha: DD | MM | AAAA Contrato N° _____ Certificado N° _____

Señores Banco:

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA

Presente

De mi consideración:

Yo, _____ titular de la cuenta de: ahorro corriente o tarjeta de crédito

VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS DISCOVER DINERS CLUB N° _____ autorizo expresamente

a Confiamed S.A., a debitar mensualmente de cuenta bancaria o tarjeta de crédito, fecha de caducidad por el valor de la cuota según el plan contratado de medicina prepagada.

Estos valores estarán sujetos a modificación cuando CONFIAMED S.A., lo decida.

Sin embargo, de lo estipulado anteriormente, cualquier instrucción que deje sin efecto esta autorización, la presentaré por escrito a ustedes y a nombre de CONFIAMED S.A., con treinta (30) días de anticipación, respetando siempre el contrato de afiliación de CONFIAMED S.A.

Eximo de cualquier responsabilidad al banco _____ NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA por los valores reportados por CONFIAMED S.A., en tal virtud renuncio a tomar cualquier acción administrativa, judicial, extrajudicial, en el presente o en el futuro, en contra de la referida institución.

Mediante la suscripción del presente documento, otorgo expresamente mi consentimiento libre e informado a CONFIAMED S.A., y al banco _____ NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA para que traten procesen y administren mis datos personales consignados en el presente documento, con la finalidad de brindar el servicio de medicina prepagada, facturación, así como se genere el respectivo débito automático.

De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales estrictamente pertinentes y necesarios, las Instituciones antes referidas no podrá cumplir con los fines expuestos. Por lo tanto, estoy en pleno conocimiento que mis datos personales serán incluidos en una base de datos bajo la titularidad de CONFIAMED S.A.

Se le informa que usted puede ejercer sus Derechos contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocatoria al consentimiento, a través de una solicitud dirigida al correo electrónico datospersonales@confiamed.com

Atentamente,

Firma titular de la cuenta o tarjeta: _____

Nombres y apellidos titular de la cuenta o tarjeta: _____

C.C. titular de la cuenta o tarjeta: _____

RUC titular de la cuenta o tarjeta: _____

Nombres y apellidos de afiliados

- | | |
|-----------|-----------|
| 1.- _____ | 4.- _____ |
| 2.- _____ | 5.- _____ |
| 3.- _____ | 6.- _____ |