



**BlueCross & BlueShield  
de Uruguay**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

SWISS MEDICAL URUGUAY S.A.

## PAGO DE SERVICIOS

Fecha  /  /

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| Apellidos:   | <input type="text"/> |
| Nombres:     | <input type="text"/> |
| Dirección:   | <input type="text"/> |
| Ciudad:      | <input type="text"/> |
| Dep. / País: | <input type="text"/> |
| C.I.:        | <input type="text"/> |
| Teléfono:    | <input type="text"/> |

### FORMA DE PAGO:

Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

### Débito Bancario: (\*)

Banco ITAU ☐  
Banco SANTANDER ☐  
Banco SCOTIABANK ☐

Cuenta Corriente  Caja de Ahorro  Número de Cuenta   
Pesos  Dólares  Sucursal

**Red de Cobranzas (Red pagos /Banred):**

**(\*) Hasta que el Banco no confirme el alta del Débito la forma de pago será por Red de Cobranzas.**

Autorizo para debitar en la institución financiera identificada, con cargo a la cuenta o tarjeta de crédito, los montos resultantes por concepto de pago de cuota y/o cualquier otro concepto que corresponda bajo el Contrato de Asistencia Médica, de la siguiente manera:

Me comprometo a mantener en la cuenta referida fondos líquidos disponibles a la fecha de vencimiento para el pago de los importes que se adeuden. Para el caso en que los fondos no existan en la institución, quedará esta eximida de toda obligación de pago. No obstante, si la misma pagara igualmente, desde ya me reconozco deudor por los importes pagados y por sus intereses a la tasa corriente para las operaciones activas que correrán de pleno derecho desde el momento del pago.

Me comprometo a comunicar a la Institución mi desistimiento de este servicio, lo cual será concretado mediante carta al efecto. Esta comunicación será cursada con una antelación no menor a 30 días a la próxima fecha de facturación, quedando condicionada en definitiva la suspensión del servicio, al momento que la Empresa disponga la baja de la facturación en esta modalidad. Entre tanto la Institución continuará con los pagos.

Queda entendido que la Institución podrá dar por finalizado el servicio por decisión propia o por decisión de la Empresa en cualquier tiempo, dando aviso a la Empresa en su caso.

Declaro aceptar que el servicio de débito que solicito recién comenzará a hacerse efectivo una vez que la Empresa les solicite el pago de las facturas.

Acepto desde ya las modificaciones de este sistema de prestación de servicio que fueren dispuestas según indicaciones de la Empresa exonerando a la Institución de responsabilidad al respecto.

La Institución queda exonerada de toda responsabilidad por error en las sumas proporcionadas por la Empresa, así como por el no pago o pago atrasado de las facturas adeudadas por razón caso fortuito, fuerza mayor, huelga, paros totales o parciales o circunstancias similares. La Institución no será responsable por suspensión o no prestación de servicios por parte de la Empresa.

Constituimos domicilio especial en el contractual registrado en la Institución, a los efectos del funcionamiento de nuestra cuenta.

Nombre del titular de Póliza   
Número de Agente

Firma titular de la Póliza

Firma titular de cuenta