



Débito Directo en Cta. Cte.

Fecha

Señores **COBERMED**:

El que suscribe, en mi carácter de titular de la cuenta corriente / caja de ahorros cuyos datos se detallan al pie, autorizo por la presente a que todo el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la contratación del servicio ofrecido por **COBERMED (COBENSIL S.A)** sean debitadas en forma directa y automática de la cuenta citada precedentemente y/o sus correspondientes reemplazos, los días 5 o subsiguiente hábil de cada período correspondiente.

Asimismo, faculto a **COBERMED (COBENSIL S.A)** a presentar esta autorización en las instituciones bancarias o financieras que la soliciten. Cabe destacar, que el pago correspondiente a las cuotas mensuales precitadas se realizarán a favor del grupo afiliado a COBERMED, cuyos datos se detallan a continuación.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el N° de cuenta o modificación que sobre la anterior, se efectúe.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por el Establecimiento hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Datos del Grupo Afiliado

Apellido y Nombre del titular del Grupo Afiliado	Número de Afiliado
	Tipo y N° de Documento

Datos de la cuenta de débito

Apellido y Nombre del titular de la cuenta de débito	Tipo y N° de Documento			
Banco	Sucursal			
N° de Cuenta <input type="text"/>	N° de CBU <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Apellido y Nombre del titular de la cuenta de débito	
Firma y Aclaración titular de cuenta de débito	Tipo y N° de Documento

RECUERDE QUE EN SU RESUMEN DE CUENTA, EL DÉBITO EFECTUADO POR SU CUOTA DEL PLAN MÉDICO DE COBERMED, PODRÁ IDENTIFICARLO COMO **COBERMED O COBENSIL S.A.**