MediAccess®
Seguros de Salud

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642 Piso 9
Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX

Autorización para Cargos Recurrentes

Fecha (dd/mm/aaaa):

Datos de la póliza

Nombre o razón social del contratante y/o titular del certificado:

Número de la póliza:

Datos del tarjetahabiente

Nombre o razón social:

Apellido paterno:

Apellido materno:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Datos de la tarjeta (unicamente Visa o MasterCard)

Banco emisor:

Tipo de tarjeta: crédito ◉ débito ○

Número de tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | | Vencimiento: mes | | | año | | | |

Solicito y autorizo el cargo recurrente y/o cargo en terminal punto de venta a BBVA Bancomer S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA Bancomer o cualquier otra institución afiliada a Visa, Master Card o American Express (en lo sucesivo el Banco) para que con base en el contrato de apertura de crédito o débito que tengo celebrado con el banco emisor antes descrito y respecto al cual se me expidió la tarjeta citada, se sirvan pagar por mi cuenta a Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V., las ordenes de pago por los conceptos relacionados al número de póliza que en este documento se detalla, según la periodicidad y costo estipulado en la caratula de la póliza, y/o endosos.

Así mismo las condiciones de la póliza prevén futuras modificaciones (altas, bajas, modificaciones, renovaciones, etc) al costo del servicio, aceptando que los cobros se realicen con la nueva cantidad sin que requiera autorización adicional.

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. podrá realizar en cualquier momento los cobros pendientes de pago y/o cancelar el servicio estipulado en la caratula de la póliza, si en mi cuenta no existieran fondos suficientes o bien estuviera bloqueada por algún motivo para cubrir uno o mas de los pagos requeridos.

Por último, me obligo a notificar cualquier modificación en mi número de tarjeta bancaria con el propósito de que se realicen los cargos correspondientes de mi póliza.

Nombre y firma del contratante y/o representante legal

Nombre y firma del tarjetahabiente

Aviso de Privacidad: En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. con domicilio en Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642 Piso 9 Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX. Teléfono 55-1085-2000, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generadoscon motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como:identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir lasobligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a TercerosNacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejerciciode los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.