

Señores:

**MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A.**

Yo, Titular del Contrato de Medicina Prepagada vigente con HUMANA, autorizo por este medio que los pagos que me efectúen de ahora en adelante se realicen por medio de transferencia bancaria según información detallada a continuación:

|   |  |   |
|---|--|---|
| Nombres y Apellidos Titular:                      |  |   |
| C.I. Titular:                                     |  |   |
| Teléfono Titular:                                 |  |   |
| Dirección Domicilio Titular:                      |  |   |
| Correo Electrónico Titular:                       |  |   |
| <b>Los datos de Cuenta deben ser del Titular:</b> | <b>Cuenta Corriente</b> <input type="checkbox"/> | <b>Cuenta de Ahorros</b> <input type="checkbox"/> |
| Institución Bancaria:                             |  |   |
| Número de Cuenta:                                 |  |   |

Certifico que los datos consignados son fidedignos y me responsabilizo por su veracidad y propiedad. Por este motivo, reconozco los pagos realizados a esta cuenta o por este medio como válidos para la cancelación de los valores que con motivo del reembolso de gastos médicos HUMANA me financie y deslindo de responsabilidad a HUMANA en caso de que se verifique que estos datos no son de mi propiedad.

Acepto que el cambio de forma de pago se actualizará en los sistemas de HUMANA hasta 48 horas hábiles después de recibido este formulario debidamente suscrito, junto con mi copia de cédula o pasaporte, el mismo que me comprometo a enviar al correo electrónico **produccion.quito@humana.med.ec**. Acepto además que, los futuros reembolsos que presente a partir de la fecha de cambio en el sistema de HUMANA, serán acreditados mediante transferencia bancaria, mientras que todo lo anterior será pagado mediante cheque a mi nombre.

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular del Contrato

Cédula: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Adjunto: Copia de Cédula del Titular del Contrato