



DISCOVER

OTROS

Ciudad:

Fecha:
Día Mes Año

Señores:

Yo, por medio de la presente,
solicito a usted ordenar a quien corresponda, se cargue a mi Tarjeta de crédito N°
con caducidad el el valor de USD por concepto del Seguro médico.

Frecuencia de pago: Mensual Bimensual Trimestral Semestral Anual

Fecha de débito: 1 - 5 16 - 20

Debo y pagaré incondicionalmente sin protesto al Emisor de la Tarjeta de crédito, el total de los valores expresados en esta Autorización de Orden de Cargo, en el lugar y fecha que convenga. En caso de mora pagaré la tasa máxima autorizada para el emisor de la Tarjeta de crédito y las tarifas que la institución establezca por gestiones de la tarjeta de crédito.

Eximo al emisor de la Tarjeta de crédito, de cualquier responsabilidad por los valores reportados por HORIZONTES BUSINESS COMPANY S.A., por lo cual desde ya, renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra de las indicadas instituciones, las mismas que no requerirán de otro instrumento o documento para procesar mi Tarjeta de crédito, los valores generados, los mismos que desde ya los acepto y reconozco como obligación.

Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con 60 días de anticipación, a las oficinas de HORIZONTES BUSINESS COMPANY S.A., en caso de Revocación de la presente autorización, de lo contrario se entenderá vigente la Orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.

De igual manera autorizo que en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por el que fuera cambiado el número de la Tarjeta de crédito antes singularizada, se cuenta con el nuevo número indicado no sea causa para no cancelar los valores que adeude.

Atentamente,

FIRMA DEL SOCIO

C.I.: Telf.: