

**AUTORIZACIÓN PARA CARGAR EN CUENTA CORRIENTE Y/O TARJETA DE CRÉDITO  
EL PAGO DE COTIZACIONES DE MI CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL  
SUSCRITO CON VIDA TRES S.A.**

1. Autorizo al Banco y/o TransBank a pagar, con cargo a mi cuenta corriente y/o Tarjeta de Crédito individualizada o cualquier otra que la sustituya o reemplace, el valor de la cotización mensual de mi contrato de Salud Previsional que deberá ajustarse al último Formulario Unico de Notificación (FUN) vigente, siempre y cuando ésta cuente con los fondos necesarios (montos disponibles incluida Línea de Crédito si la hubiera).
2. Convengo en que Isapre Banmédica S.A. enviará al Banco y/o TransBank mensualmente y de acuerdo a lo estipulado en el contrato de Salud Previsional, la información de pago correspondiente.
3. El abono debe hacerse el día 10 de cada mes a favor de Isapre Banmedica S.A. con cargo a mi cuenta corriente arriba indicada el día hábil anterior. En la eventualidad que el día de cargo corresponda a Sábado, Domingo o Festivo, el cargo se efectuará el día hábil bancario siguiente. Sin perjuicio de lo anterior, si por cualquier causa excepto por las indicada en el punto 1.- de este mandato, el Banco no pudiera efectuar el cargo, lo autorizo para realizarlo hasta cinco días después de la fecha antes indicada.
4. El servicio se iniciará a partir del mes siguiente a la fecha de esta autorización, siempre que ésta haya sido aceptada por el Banco.
5. La presente autorización de cargo se mantendrá, para todos los efectos legales, dad el mismo día en que se lleve a efecto el cargo en Cuenta Corriente y/o Tarjeta de Crédito. Asimismo, se entenderá revocación en iguales términos, mes a mes, en tanto no se revoque por escrito.
6. La presente autorización de cargo continuará vigente hasta que yo la revoque por escrito a la Isapre Banmédica S.A. Esta revocación se hará efectiva a contar del mes siguiente en que el Banco y/o TransBank reciba aviso.
7. El presente mandato caducará en forma automática en caso de caducidad del contrato del Banco y/o TransBank con la Isapre Banmédica S.A.
8. En consideración a este servicio convengo, además, que si cualquiera de las cotizaciones no fuera pagada, con o sin causa, ya fuera intencional o inadvertidamente, el Banco y/o TransBank no tendrá responsabilidad alguna, aunque de dicho rechazo resulte la caducidad del contrato del afiliado a Isapre Banmédica S.A.
9. Todos los impuestos que se deriven de la autorización para cargar en mi Cuenta Corriente y/o Tarjeta de Crédito serán de cargo del suscrito.
10. En caso de operar a través de Tarjeta de Crédito, el presente mandato se entenderá vigente hasta el vencimiento o cancelación de la tarjeta de Crédito ya individualizada y sólo podrá ser revocado mediante notificación escrita dada con treinta días de anticipación.
11. Para todos los efectos legales, en mi calidad de mandante, libero a TransBank de su obligación de rendir cuenta a mi y declaro haber otorgado a Isapre Banmédica S.A. suficientes poderes y facultades irrevocables para determinar e indicar a aquellas cantidades que mensualmente deben ser objeto de cargo en mi tarjeta de Crédito.

**ANTECEDENTES TITULAR CUENTA:**

Nombre \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_  
Fono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **ID SERVICIO** \_\_\_\_\_  
Firma Cta Correntista y/o Titular T. Crédito

**BANCO O BANCO EMISOR** \_\_\_\_\_  
N° Cuenta corriente y/o Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_  
Fecha vcto. Tarjeta Crédito \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES AFILIADO:**

Nombre \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_  
Fono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Folio FUN \_\_\_\_\_ RUT Ejecutivo \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_  
Firma Afiliado