AUTORIZACIÓN CARGO EN CUENTA Y CONVENIO DE PREVISIÓN

AUTORIZO AL banco a cargar a la cuenta antes indicada la cantidad previamente acordada con PREVISIONES SANTA EDUVIGIS C.A. RIF J-50280864, en la oportunidad establecida de común acuerdo entre nosotros, para ser acreditada en la cuenta que dicha persona jurídica mantiene en esa institución bancaria, quien suscribió con el Banco UN CONTRATO DE DOMICII IACION DE PAGOS.

Por otra parte asume la responsabilidad de tener en la citada cuenta saldo para la(s) fechas en las cuales el BANCO deba efectuar los débitos, la falta de SALDO DOS VECES CONSECUTIVAS se procede a la ANULACION de esta solicitud. Si el AFILIADO una vez realizado pagos decide retirarse la EMPRESA no reintegra lo pagado hasta ese momento.

Todo reclamo por los débitos efectuados deberá hacerlo directamente con la EMPRESA eximiendo de toda responsabilidad a la institución bancaria.

LA EMPRESA no reconocerá ningún gasto efectuado por los conceptos y beneficios, si los mismos no son autorizados directamente en nuestro centro de coordinación y emergencias telefónicas 0424-3085741 - 0414-4654485

En caso del fallecido estar afiliado por más de un titular, se procederá a reconocer un solo servicio, todo servicio adicional será cancelado por el afiliado.

Queda entendido que la revocatoria del presente convenio deberá hacerlo mediante comunicación escrita a LA EMPRESA con por lo menos 30 días de anticipación para que tenga efecto.

Fuera de San Juan de los Morros el afiliado debe acudir a la funeraria concertada por la EMPRESA, caso contrario no se reconoce ningún gasto efectuado y liberando a la empresa de toda responsabilidad.

Al momento de solicitar servicios se debe cancelar la totalidad de la garantía , de lo contrario no se autoriza el servicio y los gastos por habilitadas a organismos oficiales para poder proceder a la prestación del servicio ,son por cuenta del afiliado (DE SER NECESARIOS).

Nombre del	l Asociado:		C.I.:			Edad:	
Entidad:							
Гіро de Servicio:		Fecha de Venc	Fecha de Vencimiento:				
E-mail:		Teléfono:					
Dirección:_							
Nom	bre Completo de los familia	res con acceso al servicio	CED	ULA	EDAD	PARENTESCO	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
7	FAPPRES	CEDNIA	AJJ∃NH		FILIADO	FIRMA DEL A	

PREVISIONES SANTA EDUVIGIS, C.A.

Domicilio Fiscal: Av. Bolívar C.C. Elimar, Nivel 2, Local 40

 $0246\text{-}432.21.85 \, / \, 0424\text{-}308.57.41 \, / \, 0414\text{-}465.44.85$

Solicitud de Asociación

Email: previncase2022@gmail .com

RIF: J-502808647

Sector Centro - San Juan de los Morros - Edo. Guarico - Z.P. 2301

Fecha:___

Monto de la Garantía:_

Garantía Mensual:_

