



**FORMULARIO DE INSCRIPCION  
SERVICIO DE PAGOS AUTOMATICOS**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, portador de la cédula de identidad y electoral No. \_\_\_\_\_, autorizo formal y expresamente a ARS UNIVERSAL, S. A. a cargar de mi cuenta corriente \_\_\_\_ ahorro \_\_\_\_ o tarjeta de crédito No. \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento (en caso de ser tarjeta) \_\_\_\_\_ del Banco \_\_\_\_\_ el pago automático y recurrente por concepto de los servicios de Administración Riesgo de Salud con periodicidad \_\_\_\_\_, en el día \_\_\_\_ de cada \_\_\_\_\_.

Nota: Cuando desee retirar ésta modalidad de pago, debe realizarlo por escrito. SOLO SE ACEPTAN TC VISA Y MASTECARD.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Firmado en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ ( ).

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ (Para notificaciones de Débito)

Fax: \_\_\_\_\_ (Para notificaciones de Débito)