



## **Formato para Domiciliación pago del servicio de Gastos médicos menores**

**Instrucciones:** Lee detenidamente lo que a continuación se presenta y completa sólo los campos que contienen una línea.

Fecha: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo que con base en la información que a continuación proporciono, se realicen cargos periódicos en mi cuenta bancaria conforme a lo siguiente:

1. Nombre del proveedor del servicio: Hospital Andalucía y Hospitales Convenio
2. Servicio por pagar: Gastos Médicos Menores
3. Periodicidad del pago a facturar: Mensual
4. Periodicidad del descuento: Catorcenal
5. Nombre del banco en el que se realizará el cargo: \_\_\_\_\_.
6. Número de la tarjeta de débito (16 dígitos): \_\_\_\_\_.
7. Clave bancaria de la tarjeta de débito (18 dígitos): \_\_\_\_\_.
8. Número de teléfono móvil asociado a la cuenta: \_\_\_\_\_.
9. Período del servicio: Seis meses
10. Monto máximo del descuento catorcenal: \$317.4 pesos M.N.
11. Monto máximo del descuento mensual: \$614.8 pesos M.N.
12. Monto máximo fijo del cargo autorizado por el período de facturación de seis meses: \$3688.8 pesos M.N.

Doy fe que es mi voluntad y libre decisión contratar el seguro de gastos médicos menores mencionado; así como también, domiciliar los pagos correspondientes de acuerdo con lo antes expresado.

Atentamente

---

Número de expediente y nombre del trabajador