

TERMINOS Y CONDICIONES

Con la aceptación de los términos y condiciones autorizo a Colsanitas y/o Medisanitas a:

1. Tramitar el débito de los recursos necesarios para pagar la cuota del contrato de medicina prepagada que tengo suscrito con Colsanitas y/o Medisanitas de la cuenta arriba indicada.
2. Colsanitas y/o Medisanitas informará a la Entidad financiera el valor a debitar de la cuenta de medicina prepagada ante Colsanitas y/o Medisanitas cuando no exista saldo suficiente en la cuenta de medicina prepagada a más tardar el tercer día hábil de cada periodo acordado.
3. Reconozco y acepto que no me exonerare de la obligación de pago de la cuota de medicina prepagada ante Colsanitas y/o Medisanitas cuando no exista saldo suficiente en la cuenta indicada para atender dicho pago o en caso que la Entidad Financiera no pueda debitar el valor de la cuota respectiva por cualquier circunstancia; por lo tanto me comprometo a verificar con la entidad Financiera que se haya realizado oportunamente el débito bancario de mi cuenta.
4. Declaro que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de impartir mi autorización y que me encuentro en capacidad de expresarla.
5. La presente autorización estará vigente mientras no comunique lo contrario a Colsanitas y/o Medisanitas según el caso, o cuando el débito bancario sea rechazado por la Entidad Financiera durante tres meses consecutivos.