

I

Lorem ipsum

ASOCIACIÓN MUTUAL DE CONTROL INTEGRAL

AMCI

FORMULARIO DE ADHESIÓN A FACTURA

(ESTADO DE CUENTA ELECTRÓNICO)

El titular debe leer, entender y aceptar todas las condiciones establecidas en los términos y condiciones que seguidamente se explicitan. El beneficiario deberá completar un formulario de adhesión al servicio de envío de estado de cuenta de AMCI mediante correo electrónico. Este servicio solo está disponible para personas con capacidad legal para contratar y sólo podrá ser completado y firmado por quien reviste calidad de beneficiario titular ante la Mutual.

La solicitud de adhesión surtirá efectos a partir de la validación de datos y posterior confirmación por parte de AMCI. En caso de que los datos sean erróneos, inexactos, equívocos o incompletos, y así se acredite, se tendrá como no realizada dicha solicitud. Una vez completado el formulario de solicitud en todos sus campos y confirmada su adhesión al sistema por parte de AMCI, el beneficiario quedará automáticamente adherido al servicio de envío mensual del estado de cuenta por correo electrónico en relación a su cobertura de salud. Dicho estado de cuenta será enviado por AMCI a la casilla de correo electrónico declarada por el beneficiario entre el 1 y 5 de cada mes, renunciando expresamente, a partir de su confirmación, al envío del estado de cuenta en soporte papel.

Si transcurrido el plazo establecido para su recepción (1º al 5º día de cada mes), el beneficiario no hubiere recibido su estado de cuenta a través del correo electrónico declarado, deberá realizar el reclamo pertinente dentro de los 5 días posteriores al siguiente correo electrónico: Info@amci.com.ar o al siguiente teléfono: 5510-5256. Una vez recibido el reclamo, se procederá a revalidar los datos de su correo electrónico, y, para el caso que el mismo no pueda ser enviado por esa vía, se le enviará mediante fax o correo postal.

Si dentro de los plazos señalados precedentemente, el beneficiario no hubiere recibido su estado de cuenta ni hubiere efectuado el reclamo pertinente en el plazo indicado, el estado de cuenta se presumirá recibido y deberá ser abonado antes de su vencimiento. Ante cualquier consulta, usted podrá comunicarse al (011) 5510-5256 o vía mail a info@amci.com.ar. El beneficiario se compromete a notificar a la AMCI cualquier modificación de su correo electrónico, como así también cualquier otra circunstancia que impida la recepción del estado de cuenta por esta vía. La Mutual no será responsable en caso que el estado de cuenta no haya sido recibido en el e-mail declarado por el beneficiario y cuando éste último no haya efectuado el reclamo previsto en el párrafo precedente. De ningún modo el beneficiario podrá alegar la falta de recepción del estado de cuenta por correo electrónico, como condición para no abonar los montos correspondientes. Asimismo, se recuerda que para el caso que se adeuden más de 3 cuotas consecutivas, la Mutual queda facultada (previa intimación y de continuar la falta de pago) a otorgar la baja de la cobertura médica.

- Nombres y Apellido:
- Mail:.....
- Teléfono:.....
- Firma:.....

Presentar el formulario debidamente completo y firmado
e-mail a: cobranzas@amci.com.ar
Beruti 2424 - CABA - CP 1425



Fecha:...../...../.....

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL DÉBITO AUTOMÁTICO

TARJETAS DE CRÉDITO VISA - MASTERCARD - AMERICAN EXPRESS

TITULAR DE LA COBERTURA MÉDICA

- Apellido/s:.....
- Nombres:.....
- Tipo y Nro. Documento:.....
- Domicilio Particular
- Calle:.....Nro.:.....
- Piso:.....Dto:.....Localidad:.....C.P.:.....
- E-mail:.....

TITULAR TARJETA CRÉDITO

- Apellido/s:.....
- Nombres:.....
- Tipo y Nro. Documento:.....
- Tarjeta de Crédito:..... Nro.:.....
- Vencimiento:...../...../.....

El que suscribe, en mi carácter de titular de la tarjeta de crédito, autorizo por la presente ha realizar el débito automático mensual de las cuotas de servicio médico ofrecido por AMCI al titular de la cobertura anteriormente mencionado.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por el Establecimiento hasta el vencimiento de la tarjeta, en tanto no medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el N° de tarjeta para la continuidad de los débitos.

Firma:

Aclaración: