FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Eu, _____, titular do plano de saúde contratado, inscrito(a) no CPF sob o nº _____._____._____-_____, autorizo a IBBCA - Administradora de Benefícios, a debitar mensalmente da minha conta corrente mencionada abaixo, o valor referente ao plano de saúde adquirido, conforme condições relacionadas em contrato.

BANCO			
AGÊNCIA – DV		CONTA CORRENTE – DV	
E-MAIL DE CONTATO			

O débito automático só será aceito se realizado na conta do titular do plano e passará a vigorar após o último boleto já emitido.

O serviço de débito automático será realizado somente nos bancos conveniados e enquanto vigorar tal convênio.

No caso do débito não ser efetivado, será disponibilizado um boleto para pagamento, a ser retirado através de nosso site (www.ibbca.com.br) ou nossa Central de Relacionamento (0800 666 5004). Em caso de inadimplência poderá ocorrer a suspensão dos serviços.

DATA / /	ASSINATURA DO TITULAR

Favor enviar esta autorização preenchida através dos seguintes canais de contato:

E-mail: atendimento@ibbca.com.br

Correio: **Av. José Silva de Azevedo Neto , 200 – Evolution 3 – Bloco 2 – Grupo 103 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro - RJ CEP: 22775-056**

IBBCA
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

ANS - nº 41.705 0

www.ibbca.com.br /ibbcaoficial