

FORMATO DE CRUZAMENTO DE CONTAS

México, de _____ do ano de 20__

Senhores,

Eu, _____, identificado(a) com o número INE/IFE/CURP/CÉDULA _____, confirmo ser o titular do cartão e/ou o(a) responsável pela reserva número _____.

Por meio deste, autorizo a realização de um cruzamento de contas, transferindo o valor da reserva nº _____ para a nova reserva nº _____.

Adicionalmente, para fins de contato, informo:

Telefones: _____

Endereço residencial: _____

E-mail: _____

A validade desta solicitação de cruzamento de contas é de onze (11) meses a partir da emissão e/ou do primeiro pagamento da reserva. Observe que será permitido realizar no máximo duas novas cotações para processar o cruzamento de contas.

Caso o pagamento da reserva tenha sido efetuado com cartão de crédito por meio de nosso call center ou site, lembre-se de anexar o extrato bancário que comprove a compra realizada junto à Servincludos S.A. de C.V.

Nota: Este formulário deve ser protocolado através do site www.decameron.com/es/mx-inicio, opção "Registro PQR".

Atenciosamente,

Assinatura do titular da fatura de venda e/ou titular do cartão em pagamento não presencial.

1. Controlo de versões

Versão	Descrição	Elaborado por (Nome – Cargo – Data)	Revisado por (Nome – Cargo – Data)	Aprovado por (Nome – Cargo – Data)
1	Versão Inicial	Elvis Salazar Analista de Processos 14/10/2025	Monica Segura Coordenadora Funcional de Operações Comerciais 14/10/2025	Lina Palma Chefe de Atendimento ao Cliente Corporativo e Back Office 14/10/2025