

Información del Asegurado(a):

¡Suscribirse es muy fácil!

Nombre del asegurado o grupo: _____

Número de contrato o póliza: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono trabajo: _____ e-mail: _____

Información Bancaria:

Nombre del Banco o Institución Financiera:

Nombre según aparece en el estado de cuenta del banco:

Número de Cuenta:

Tipo de cuenta:

- Cheque
 Ahorro

Número de Ruta y Tránsito (ABA)(9 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código de Autorización:

- ___ 03: Débito entre los días 4 y 6 de cada mes
- ___ 07: Débito entre los días 11 y 13 de cada mes
- ___ 09: Débito entre los días 19 y 21 de cada mes
- ___ 99: Débito entre los días 27 y 29 de cada mes (no disponible para la póliza grupal)

Nota: 1. Si su institución financiera es una de ahorro y préstamo, "credit union" o "Money Market Fund" deberá verificar los requisitos específicos para una transferencia electrónica de fondos (ACH)
2. Este servicio (débito electrónico) será efectivo el mes siguiente de haber completado la solicitud.

Términos Aplicables:

1. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del cliente o poseedor de la cuenta, concediéndole el tiempo necesario tanto a la compañía como al banco para actuar sobre el particular. Dicha notificación puede ser entregada en nuestras oficinas y centros de servicios, ser enviada por correo a *Triple-S Salud Attn. Departamento de Crédito y Cobro, Apartado 363628, San Juan, PR 00936-3628* o vía facsímil al 787-774-4804 ó 787-749-4197.
2. De haber un cambio de cuenta bancaria es responsabilidad del cliente notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva forma de débito directo.
3. Los estados de cuenta bancarios serán el recibo de pago.
4. Triple-S Salud se reserva el derecho de finalizar esta forma de pago y su participación en el mismo.

Autorizo a Triple-S Salud a originar débitos electrónicos a mi cuenta localizada en el banco o institución financiera especificada.

Nota importante: Si la cuenta de banco no está a nombre del asegurado, es el poseedor de la cuenta quien debe firmar esta autorización.

FIRMA: _____ FECHA DE AUTORIZACIÓN: _____

Para uso interno:

Codificador _____ Iniciales _____ Departamento de Crédito y Cobro