SOLICITUD DE MEMBRESIA
PROGRAMA DE DESCUENTO EN MEDICAMENTOS

TRIPLE-S SALUD
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

PO Box 363628, San Juan, P.R. 00936-3628

COMPLETE EL FORMULARIO EN TODAS SUS PARTES - SOLICITUDES INCOMPLETAS SERAN DEVUELTAS SIN PROCESAR

J	CONTRATO	EXT.	CHECK DIGIT	EFECTIVO	GRUPO	SECCIÓN	TIPO
						☐ 901 Grupo ☐ 902 Triple-S Directo ☐ 910 Factura Grupo	2 ☐1 ☐8

SOLICITANTE PRINCIPAL

J

APELLIDOS, NOMBRE DEL SOLICITANTE	ESTADO CIVIL	SEXO F M	FORMA DE PAGO	NÚMERO CONTRATO ACTUAL CON TRIPLE-S SALUD	POLIZA ACTIVA	ACH
			☒ ANUAL		☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

K

URB./ CONDOMINIO / RESIDENCIAL / EDIFICIO / PO BOX					**L** NACIMIENTO MES AÑO	TELEFONO
NUM. DE CASA O APTO / NOMBRE O NUM. DE CALLE O AVENIDA						NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE
PUEBLO	P.R.	CODIGO PUEBLO	ZIP CODE 0 0		SERVICIO INCLUIDO *F 99	CICLO

DEPENDIENTES DIRECTOS

	APELLIDOS, NOMBRE (CONYUGE E HIJOS)	PARENTESCO	NACIMIENTO MES DIA AÑO	SEXO F M	CODIGO PAREN	CODIGO DEPEND	NUMERO SEGURO SOCIAL
P							
P							
P							
P							

DEPENDIENTES OPCIONALES

T

APELLIDOS, NOMBRE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO F M	NACIMIENTO MES DÍA AÑO	NUMERO SEGURO SOCIAL

SERVICIOS SOLICITADOS **F 9 9** — CODIGO PARENT — CODIGO DEP

APELLIDOS, NOMBRE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO F M	NACIMIENTO MES DÍA AÑO	NUMERO SEGURO SOCIAL

SERVICIOS SOLICITADOS **F 9 9** — CODIGO PARENT — CODIGO DEP

PAGO DE CUOTA: El solicitante principal será responsable por el pago de la cuota correspondiente al programa de descuento. Cuando el solicitante principal es un menor se entenderá que la responsabilidad del pago de la cuota es del pagador. Los dependientes opcionales que no son elegibles a Medicare deben pagar la prima adicional correspondiente. **Recuerde que el programa de descuento no es un seguro médico ni una cubierta de farmacia. Este programa le permite exclusivamente obtener descuentos en la compra de medicamentos recetados.**

Triple-S Salud se reserva el derecho de notificar en forma detallada a cualquier agencia, institución u organismo que se dedique a investigaciones de crédito, el incumplimiento de pago por parte del solicitante o pagador en caso de un menor.

CERTIFICO QUE HE LEIDO O ME FUE LEIDA la información ofrecida por mí en esta solicitud y que la misma es cierta y está completa, de acuerdo con mi mejor saber y entendimiento. Reconozco que este programa de descuento no es un seguro médico.

ENTIENDO QUE para ser elegible para la compra de la tarjeta de descuento debo ser Asegurado activo en la póliza de salud de Triple-S Salud

ENTIENDO QUE si soy un asegurado actual de Pago Directo y me inscribo por primera vez a la tarjeta de descuento después de mi período de renovación, la duración de dicha membresía será hasta la fecha de renovación de mi plan médico.

ENTIENDO ADEMAS, que si la póliza del plan de salud es cancelada continuaré con la tarjeta de descuento hasta la fecha de renovación de la misma. La vigencia de la tarjeta de descuento es de un año a partir de la fecha de efectividad.

Fecha

Firma o marca del Solicitante Principal

Nombre y Dirección del testigo o del padre o encargado del menor

Nombre del Pagador

Seguro Social del Pagador

Firma y parentesco del testigo de la marca (o del pagador, padre o encargado si el solicitante es un menor)

INFORMACIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE TRIPLE-S SALUD

Depósito ☐ Si ☐ No Cantidad $ _____

☐ Efectivo ☐ Cheque o Giro Núm: _____

Recibo Núm: _____ Fecha _____

Agente (Si aplica)

Código (Si aplica)

Firma

PAGO AUTOMÁTICO
CUENTA DE CHEQUES O AHORRO

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

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de Cuenta:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tipo de cuenta: ☐ Cheque ☐ Ahorro

Nombre del Banco o Institución Financiera:

_____

_____

A nombre de quién está la cuenta de banco:

_____

_____

Código de Autorización:

____ 03: Débito entre los días 4 y 6 del mes
____ 07: Débito entre los días 11 y 13 del mes
____ 09: Débito entre los días19 y 21 del mes
____ 99: Débito entre los días 27 y 29 del mes

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**. Esta solicitud tiene que venir acompañada de su primer pago. **3**. 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, concediéndole el tiempo necesario tanto a la compañia como al banco para actuar sobre el particular. Dicha notificación puede ser entregada en nuestras oficinas y centros de servicios o 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 Pago Automático. **3**. Los estados de cuenta bancarios serán el recibo de pago. **4**. Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar 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: _____