

Bienvenido a **Triple-S Salud**

Para su conveniencia le ofrecemos las siguientes alternativas para efectuar su pago:

Pago Automático de Triple-S Salud

ofrece el Servicio de Pago Automático que provee una excelente alternativa para pagar mensualmente su factura de manera rápida y segura. Con este conveniente sistema, Triple-S debita su prima del plan médico automáticamente de su cuenta de banco (cheque o ahorro) o tarjeta de crédito en la fecha acordada, eliminando retrasos del correo u otras razones que causan pagos tardíos. Para acogerse a Pago Automático debe completar el formulario adjunto para disfrutar de este extraordinario método de pago.

Pagos a través del Portal de Triple-S

Puede efectuar sus pagos con Visa, MasterCard, ATH del BPPR y débito a su cuenta de banco (cheque o ahorro) a través de nuestra página de Internet en www.ssspr.com. También puede visitar nuestras oficinas regionales y centros de servicios y efectuar su pago en uno de nuestros Quioscos de servicio.

Pagos por Teléfono

Por teléfono llamando a Telexpreso de Triple-S Salud al 787-774-6060. Se acepta Visa, MasterCard, AMEX y débito a su cuenta de banco (cheque o ahorro).

Banca por Internet / Telepago

Puede efectuar su pago utilizando los servicios que proveen las siguientes instituciones bancarias:

Banco Popular

Telebanco Popular
787-724-3650
www.bppr.com

Banco Bilbao Vizcaya

Linea BBVA
787-777-2323
www.bbvapr.com

Banco Santander

Pago Express
787-281-2000
www.santandernet.com

DoralBank

Teledoral
787-725-6060
www.doralbank.com

FirstBank

FirstLine
787-725-2511
www.firstbankpr.com

Oriental Group

Orien Tel Banca Electrónica
787-622-6800
www.OrientalOnline.com

Recuerde que debe siempre registrarse con su banco antes de comenzar a realizar sus pagos. Su número de contrato (11 dígitos) es el número de cuenta que va a registrar con su banco.



Realice su **pago** con
mayor **comodidad.**



BlueCross BlueShield of Puerto Rico

Información del Asegurados(as) o Grupo(s):

Nombre(s):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Número(s) de Contrato(s) o Grupo(s):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Teléfonos: Residencial () - _____

Trabajo () - _____ Correo Electrónico _____

Celular () - _____

Información Bancaria: Cuenta de Cheque

Cuenta de Ahorro

Nombre del Banco o Institución Financiera: _____

Número de Cuenta: _____

Nombre según aparece en el estado de cuenta del Banco: _____

Número de ruta y tránsito (ABA) (9 dígitos)

Elegir fecha de débito:

_____ Débito entre los días 4 y 6 de cada mes (03)

_____ Débito entre los días 19 y 21 de cada mes (09)

_____ Débito entre los días 11 y 13 de cada mes (07)

_____ Débito entre los días 27 y 29 de cada mes (99)*

*(NO DISPONIBLE PARA POLIZA GRUPAL)

Información Tarjeta de Crédito:



Número de Tarjeta:

Nombre según aparece en la Tarjeta de Crédito: _____

Fecha de expiración: ____/____/____

Teléfonos:

Residencial () - _____

Trabajo () - _____

Celular () - _____

Dirección donde recibe el estado de cuenta de la Tarjeta: _____

El cargo a la tarjeta de crédito se efectuará entre los días primero y décimo de cada mes.

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

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, quien concidera a Triple- S Salud y al Banco, el tiempo necesario para tramitar dicha cancelación. Dicha notificación puede ser entregada en nuestras oficinas y centros de servicios, ser enviada por correo a Triple-S Salud Departamento de Crédito y Cobro, Apartado 363628, San Juan, PR 00936-3628 o vía facsimil al 787-774-4804 ó 787-749-4197.
2. De haber un cambio de cuenta bancaria, tarjeta de crédito o fecha de expiración de la tarjeta, es responsabilidad del cliente notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva solicitud de Pago Automático.
3. Sus estados de cuenta 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.

Firma: _____

Fecha de Autorización: ____/____/____