

Concesionario Independiente de la BlueCross BlueShield Association

Información de: Asegurado(s) 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 (04)

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

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

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

*(NO DISPONIBLE PARA PÓLIZA GRUPAL)

Información Tarjeta de Crédito:



Número de Tarjeta:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nombre según aparece en la Tarjeta de Crédito:

Fecha de expiración: ____ / ____

CVV: _____

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 1 y 10 de cada mes (10).

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:

- Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del cliente o poseedor de la cuenta, quien concederá 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 Dirección postal: Triple-S Salud, Inc. Departamento de Enrollment P.O Box 363628 San Juan, PR 00936-3628. • Facsímil: 787-706-2833 • Correo electrónico: servicioalcliente@ssspr.com
- 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.
- Sus estados de cuenta serán el recibo de pago.
- Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.

Firma: _____

Fecha de Autorización: ____ / ____ / ____