



Completar la información requerida en esta solicitud.

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL

Nombre del Suscriptor Principal		#Grupo
Número de Contrato	Fecha de Cancelación	
Nombre del Encargado o Tutor Legal		

INFORMACIÓN BANCARIA

Nombre del Poseedor de la Cuenta		
Nombre de la Institución Bancaria		Tipo de Cuenta (Marca con <input checked="" type="checkbox"/>) [] Cheque [] Ahorro
Número de Ruta y Tránsito	Número de Cuenta	
Fecha para Efectuar el Débito (Marca con <input checked="" type="checkbox"/>) <small style="margin-left: 100px;">DÍA DEL MES</small> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15		

TÉRMINOS APLICABLES

- Por este medio autorizo a Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., a ordenar cargos mensuales, según el producto seleccionado a mi cuenta bancaria para el pago de la prima del contrato. Para la mejor identificación de su cuenta, favor remitir un cheque nulo (o copia del mismo) de la cuenta a ser debitada. En caso de cuenta de ahorro, remita copia de identificación que aparece en el Estado de Cuenta Mensual.

Todo descuento automático devuelto conllevará un cargo de \$15.00 por manejo y procesamiento del mismo.

- De haber un cambio de cuenta bancaria, es responsabilidad del suscriptor notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva Solicitud de Pago Automático. Además, deberá completar Solicitud de Débito de desear cambiar su método de pago o cancelar su cubierta médica. Los servicios del Plan Médico SSBV son provistos según las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables a transacciones bancarias. La información de su cheque será convertida a una transacción electrónica débito y enviado a través del sistema bancario. Su estado bancario reflejará mensualmente un débito por la cantidad de su factura neta del próximo mes. Es de suma importancia que usted verifique mensualmente su estado bancario para que se asegure que el débito fue realizado.
- Al afiliarme a este plan de salud, debo de cumplir con el pago las primas correspondientes dentro de los términos acordados y exigidos por el plan de salud. Además, entiendo que, si no realizo los pagos de primas correspondientes, tendré un periodo de gracia de 30 días, durante el cual tengo la obligación de cubrir toda y/o cualquier prima en atraso incluyendo dicho mes. De no cubrir cualquier pago de prima pendiente dentro de este término, seré desafiliado del plan a la fecha de vencimiento del periodo de gracia y reconozco que Plan Médico SSBV Inc., no será responsable por el pago de reclamaciones incurridas de servicios médico-hospitalario y de farmacia luego de la fecha de cancelación y será parte de mi responsabilidad como suscriptor.
- Es responsabilidad del suscriptor solicitar la reactivación de los pagos automáticos en caso que su cuenta haya sido suspendida.

Firma del Suscriptor Principal o Tutor Legal

Fecha

Firma del Poseedor de la Cuenta

Fecha

USO OFICIAL / Departamento de Finanzas

Comentarios _____	Firma _____	Fecha _____
-------------------	-------------	-------------