



Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.

770 Avenida Hostos, Suite 208
Mayagüez, PR 00682-1538
Tel. 787-833-8070 • Fax 787-832-5400

SOLICITUD DE PAGO AUTOMÁTICO

Autorizo al Plan Médico en adelante llamado “Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista”, a iniciar transacciones de débito directo contra mi cuenta (nuestra cuenta). Favor de seleccionar el tipo de cuenta y completar el recuadro abajo indicado. La cantidad a debitar será el costo de la cubierta del Plan Médico. El débito se efectuará:

Día primero (**1**) de cada mes Día quince (**15**) de cada mes

Cheques Ahorros Núm. de Grupo _____

**Favor de pegar su cheque
cancelado en este espacio**

Número Ruta y Tránsito _____

Nombre del Banco _____

Número de Cuenta _____

Cualquier forma de rechazo en su cuenta bancaria tiene un cargo de \$20.00 dólares.

Nombre del Suscriptor Principal

Número de Contrato

Esta autorización estará vigente hasta que el Plan Médico reciba notificación escrita de mi parte. Otorgaré el tiempo razonable suficiente que permita el plan médico y al depositario actuar sobre mis instrucciones.

Nombre de la persona en la cuenta
del Banco si no es el Suscriptor

Firma Autorizada en la cuenta bancaria

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 esta Solicitud de no desear más su cubierta. Esta hoja de transmisión ha sido enviada por el Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista. Los servicios de SSBV son provistos según las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables a transacciones bancarias. De tener adhiera con cinta adhesiva un cheque cancelado (void) al espacio provisto. La información de su cheque será convertida a una transacción electrónica débito y enviado a través del sistema bancario. Su estado bancario reflejará mensualmente en 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.

PARA USO OFICIAL

MES A COMENZAR _____
MES A CANCELAR _____

CAMBIO DE CUENTA
 CAMBIO DE CANTIDAD