

## Autorización para Débito Directo

NUEVO   
  CAMBIO   
  CANCELACIÓN   
 Fecha de Efectividad \_\_\_\_\_

**Información del Suscriptor(a)**

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Número(s) de Contrato(s): \_\_\_\_\_

Teléfonos:    Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_    Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
                   Trabajo    (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
                   Celular    (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información de Pago Automático:**

**Autorización de Débito Bancario**

Nombre según aparece en el estado de cuenta del Banco

Tipo de Cuenta     Cuenta de Cheque  
                            Cuenta de Ahorro

Número de ruta y tránsito (ABA) (9 dígitos):  
\_\_\_\_\_

Número de Cuenta:  
\_\_\_\_\_

Día de débito:

Los días 5 de cada mes

**Autorización Tarjeta de Crédito**

Nombre según aparece en la Tarjeta de Crédito

Número de Tarjeta de Crédito:  
\_\_\_\_\_

Fecha de Expiración:  
Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

CVV \_\_\_\_\_

Master Card   
  VISA   
  Discovery   
  AMEX

Los días 15 de cada mes

**NOTA: 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. La solicitud de débito debe estar acompañada de evidencia de la cuenta bancaria (certificación de cuenta o cheque void). En el caso de tarjeta de crédito, debe incluir identificación con foto del responsable de la tarjeta de crédito.**

**Términos Aplicables:**

1. Esta autorización prevalecerá en vigor hasta que Plan de Salud Menonita reciba una carta de cancelación por parte del suscriptor o poseedor de la cuenta. Esta notificación deberá ser enviada treinta (30) días antes de la fecha de efectividad.
2. Debe incluir un cheque nulo si su cuenta es de cheque o estado de cuenta si el descuento es a través de cuenta de ahorro.
3. De haber un cambio de cuenta bancaria, es responsabilidad del cliente notificarlo con treinta (30) días de anticipación y completar una nueva Autorización de Débito Directo.
4. Sus estados de cuenta serán sus recibos de pago.
5. Si su pago se devuelve por fondos insuficientes, se realizarán dos intentos de descuentos para cobrar el balance mensual.
6. Plan de Salud Menonita se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de Autorización: \_\_\_\_\_