



CHILD HEALTH PLUS AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO

-DÉBITO-

NUEVA CUENTA

CAMBIO EN LA CUENTA

AL FIRMAR ABAJO AUTORIZO A AFFINITY HEALTH PLAN A DEDUCIR DE MI CUENTA DE CHEQUES LA SUMA DE \$ \_\_\_\_\_ EL 10<sup>MO</sup> DÍA DE CADA MES, PARA PAGAR LA PRIMA DE CHILD HEALTH PLUS DURANTE TODO EL TIEMPO QUE YO PERMANEZCA EN EL PROGRAMA O HASTA QUE HAYA UN CAMBIO EN MI PÓLIZA.

Aplicaremos todo adelanto de pago que usted haya efectuado antes de deducir la prima de su cuenta. Ajustaremos automáticamente la cantidad de la deducción si cambian sus primas o su nivel de cobertura. Si ajustamos la cantidad de la deducción, se lo notificaremos por escrito por lo menos 14 días por adelantado. Sin embargo, es posible en que se realicen otras deducciones para compensar algún saldo pendiente de pago en caso de que su banco deniegue el pago.

Si la fecha de reducción del pago cae en un fin de semana o día de fiesta, debitaremos su cuenta el día laborable siguiente.

- *PARA ACTIVAR LA PÓLIZA SE PAGA POR ADELANTADO UN MES DE PRIMA*
- *LAS MULTAS POR FONDOS INSUFICIENTES SE CARGARÁN A MI CUENTA*

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Cheques

Ahorro

Cuenta No. \_\_\_\_\_ No. de Routing \_\_\_\_\_  
*[adjunte un cheque con la palabra "VOIDED" escrita al frente]*

Dirección:

Estoy de acuerdo con todas las condiciones establecidas en este documento y he proporcionado esta información de manera exacta y completa. Entiendo que estoy sujeto a todas las reglas y condiciones de mi banco y a las leyes aplicables.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_