

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

## Información del Asegurado Principal

|                      |        |                           |
|----------------------|--------|---------------------------|
| Nombre del Asegurado |        | Seguro Social             |
| Nombre del Pagador   |        | Seguro Social del Pagador |
| Dirección Postal     |        | Código Postal             |
| Teléfono             | E-Mail |                           |

Nuevo Modo de Pago

**Transferencias Electrónicas:**  Mensual (COM)  Tarjeta de Crédito

Frecuencia:  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

## Información Bancaria

|   |                   |                       |
|---|-------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques (Corriente)<br><input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro | Número de cuenta: | Número de ruta ABA:   |
| Nombre de Institución Financiera:   | Sucursal:         | Día de transferencia: |

|  |                                     |                       |                            |
|--|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> VISA<br><input type="checkbox"/> American Express | <input type="checkbox"/> MasterCard | Número de tarjeta:    | Código de Seguridad (CVC): |
| Fecha de Expiración:<br>MM/AAAA  | Nombre en la tarjeta:               | Día de transferencia: |                            |

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas. | Firmado en              |
|  | Fecha<br>MM / DD / AAAA |

### AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Firma del Asegurado Principal

Firma del Solicitante o Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: \_\_\_\_\_

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