

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

Información del Asegurado Principal

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

Información del Nuevo Pagador

Nombre del Nuevo Pagador	Seguro Social	
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Teléfono	E-Mail	
Dirección Postal	Código Postal	
Relación con el Pagador Actual		

Modo de Pago

<input type="checkbox"/> Transferencias Electrónicas: <input type="checkbox"/> Mensual (COM) <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito Frecuencia: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual

Información Bancaria

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

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

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.	Firmado en
	Fecha 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 Nuevo Pagador

Firma del Asegurado Principal

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: _____

Fecha: _____