

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"/> <b>Transferencias Electrónicas:</b> <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 <span style="float: right;">MM / DD /AAAA</span>

**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: \_\_\_\_\_