



## Formulario de Autorización de Pago

### Información del asegurado principal / solicitante

Nombre	MI	Apellido
Número de identificación del miembro		
Dirección de facturación	Ciudad	Código postal
Número de teléfono principal	dirección de correo electrónico:	Fecha de nacimiento

### Información del pagador (nombre/dirección del titular de la cuenta o tarjeta de crédito) **IGUAL QUE LO ANTERIOR**

Nombre	MI	Apellido	Sufijo
Dirección de facturación	Ciudad	Código postal	
Número de teléfono principal	dirección de correo electrónico:		

### AUTORIZACIÓN DE PAGO

Seleccione la opción de pago para su ciclo de facturación y su preferencia de pago para el pago de la prima. El pago de cada producto solicitado o contratado se debitará/cargará por separado en su cuenta.

#### A. DÉBITO AUTOMÁTICO BANCARIO

Frecuencia <input type="checkbox"/> Pago único <input type="checkbox"/> Pago mensual recurrente <input type="checkbox"/> Pago anual	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS
Nombre del banco:	Nombre del titular de la cuenta
Número de ruta	Número de cuenta
Autorizo a CHRISTUS Health Plan a retirar el siguiente pago de \$ _____ de la cuenta designada hasta que se revoque esta autorización. Debitar el día _____ del mes (solo del 1 al 28). Si no se hace ninguna elección, los débitos se efectuarán el día 1 de cada mes.	

#### B. PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO

Frecuencia <input type="checkbox"/> Pago único <input type="checkbox"/> Pago mensual recurrente <input type="checkbox"/> Pago anual	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Discover	Indicador CVV2 Código de 3 dígitos en la parte posterior
Número de tarjeta	Fecha de vencimiento	
Nombre del titular de la tarjeta		
Autorizo a CHRISTUS Health Plan a debitar el próximo pago de \$ _____ de la cuenta designada hasta que se revoque esta autorización. Débito el día _____ del mes (solo del 1 al 28). Si no se realiza ninguna elección, los débitos se efectuarán el día 1 de cada mes.		

### AUTORIZACIÓN

El seguro CHRISTUS Health Plan (CHP) es una cobertura médica de pago anticipado. Esto significa que debe hacer el pago de la prima correspondiente a la cobertura antes del mes en cuestión. Por la presente, autorizo y solicito a CHP que inicie los cargos desde la cuenta y la institución financiera indicada arriba para los pagos mensuales de la prima exigidos por la póliza y la evidencia de cobertura. Estos retiros corresponden a los pagos de primas de los individuos asegurados que figuran en el paso 1 de este formulario. Esta autorización permanecerá vigente hasta que CHP o la institución financiera mencionada arriba sean informadas por escrito.

Firma	Fecha
-------	-------