



PO Box 190127 • San Juan, Puerto Rico • 00919-0127 • T: (787) 641-8410 • F: (787) 641-8407
E: infosalud@cudsalud.com • www.cudsalud.com

Solicitud de Pago Automático (Fijo)

Información del Asegurados(as) o Grupo(s):

| Nombre(s) Asegurado(s) | Número(s) de Contrato(s) |
|------------------------|--------------------------|
| | |
| | |
| | |

Teléfonos: Res: _____ Trab: _____ Cel: _____

Correo electrónico: _____

| Información Bancaria | /___/ Cuenta de cheques | /___/ Cuenta de Ahorros |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|
|----------------------|-------------------------|-------------------------|

Nombre del Banco o Institución Financiera:

Número de Cuenta:

Nombre según aparece en el estado de cuenta del banco:

Número de ruta y tránsito (ABA)

Cantidad a pagar: _____

Notas importantes:

1. Si la cuenta de banco no está a nombre del asegurado, es el firmante de la cuenta, quien debe autorizar la transacción.
2. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se reciba una carta de cancelación por parte del asegurado o poseedor de la cuenta, quien concederá a CUD Salud y al banco el tiempo necesario para tramitar dicha cancelación. Dicha notificación puede ser entregada en nuestra oficina, ser enviada por correo a CUD Salud, PO Box 190127 San Juan, Puerto Rico 00919, vía facsímil 787-641-8407 o correo electrónico infosalud@cudsalud.com.
3. De haber un cambio de cuenta bancaria, es responsabilidad del asegurado notificarlo con treinta días de anticipación y completar una nueva solicitud de Pago Automático. Sus estados de cuenta serán el recibo de pago. CUD Salud se reserva el derecho de terminar esta forma de pago y su participación en el mismo.
4. Autorizo a CUD Salud: a ordenar crédito o débito a mi cuenta por razón de ajustes o pagos en exceso que pudieran ocurrir, sobre lo cual seré debidamente informado.
5. ***“Todo cheque o pago electrónico emitido a favor de CUD Salud que sea devuelto, resultará en un cargo por procesamiento de \$20.00, que será debitado electrónicamente de su cuenta bancaria por CUD Salud, Inc. Al efectuar su pago mediante cheque o débito electrónico por transacción individual o bajo plan automático mensual, usted expresamente autoriza lo anterior”.***

Firma: _____

Fecha: _____