



Autorización para Débito Directo
(Favor de completar en letra de molde)

Nombre del Suscriptor Principal: _____

Número de Contrato: _____ Fecha de Efectividad: _____

Autorizo a First Medical Health Plan, Inc., a debitar de mi Institución Bancaria la cantidad abajo mencionada para el pago de la prima mensual de mi plan de salud.

*Cuenta a Nombre de: _____

Nombre de la Institución Bancaria: _____

Número de Ruta y Tránsito: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____

Tipo de Cuenta: ** Cheques *** Ahorros Cantidad: \$ _____

Fecha en que se le realizará el débito:

- Los días 7 de cada mes Los días 15 de cada mes

Esta autorización permanecerá en efecto hasta tanto First Medical Health Plan, Inc., reciba notificación escrita de mi parte con diez (10) días de anticipación a la fecha que deseo dejar sin efecto el Débito Directo, de tal manera que permita a First Medical Health Plan, Inc., y a mi institución tiempo razonable para poder hacer los ajustes necesarios, según solicitados.

Entiendo que First Medical Health Plan, Inc., se reserva el derecho de finalizar esta forma de pago y mi participación en el plan, si al momento de realizar el débito a mi Institución Bancaria, la cuenta no tiene fondos suficientes. **Toda transacción devuelta por mi Institución Bancaria conllevará un cargo de \$10.00.**

Firma del Suscriptor Principal

_____/_____/_____
Fecha de Autorización

* Si la cuenta de banco no está a nombre del suscriptor principal, se deberá incluir carta de autorización del poseedor de la cuenta.

** Si su cuenta es de **Cheques**, favor de incluir un cheque “nulo” de su institución bancaria junto a esta autorización firmada. En caso de no tener chequera, debe hacer entrega de una certificación de su Institución Bancaria.

*** Si su cuenta es de **Ahorros** debe hacer entrega de una certificación de su Institución Bancaria.