

ACUERDO PARA PAGO DE PRIMA POR DESCUENTO AUTOMÁTICO

MCS le provee la facilidad de hacer el pago de su seguro médico de una manera sencilla y segura mediante descuento automático. Favor de completar la siguiente información:

- 1 Tipo de póliza: MCS Personal MCS Cobra MCS ASEC MCS Gobierno
- 2 Nombre del asegurado principal: _____ Teléfono: _____
- 3 Número de contrato: _____ Correo electrónico: _____
- 4 Dirección postal: _____
- 5 Autorización: Usted puede escoger una de las dos opciones de pago disponibles. **Complete la siguiente información.**

Cuenta Bancaria

Tipo de cuenta: Ahorros Cheque

Número de cuenta: _____

Número de ruta y tránsito (ABA): _____ (favor verificar con su banco)

Tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta: Visa Master Card AMEX

Número de tarjeta: _____

Fecha de expiración: _____

Autorizo a MCS Life Insurance Company a debitar de mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito los cargos mensuales para el pago de la prima del contrato en referencia. El descuento automático se realizará el día diez (10) de cada mes.

Para identificar mejor su cuenta, favor remitir un cheque nulo (o copia del mismo) de la cuenta a ser debitada. En caso de cuenta de ahorro, remita copia de identificación que aparece en el estado de cuenta mensual.

- 6 Vigencia:
Este acuerdo permanecerá durante la vigencia de la póliza de referencia o hasta que MCS Life Insurance Company reciba notificación escrita de mi parte ordenando su terminación.

Firma autorizada de la cuenta

Fecha

Salud Completa 

En caso de tener alguna duda o pregunta, comuníquese con la División de Finanzas de MCS al 787.758.2500 exts. 2738, y 4987. Para enviar el documento completado, puede utilizar nuestro número de fax: 787.622.2098 o también puede enviarlo a la siguiente dirección: Departamento de Finanzas P.O. Box 193310 San Juan P.R., 00919-3310. Suscrito por MCS Life Insurance Company.