



AUTORIZACION PARA PAGO DE PRIMAS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS (MDO)

Por el presente solicito a **Triple-S Vida, Inc.** a iniciar transacciones electrónicas automáticas para el pago de las primas de mi póliza de seguro. Autorizo a que se utilice la siguiente forma de pago:

<input type="checkbox"/> Cuenta Bancaria: Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorro Nombre del banco: _____ Número de ruta: _____ Número de cuenta: _____ Día de descuento: <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express Nombre (según aparece en la tarjeta) _____ Número de cuenta: _____ Fecha de Expiración: _____ Día de cargo: _____
---	---

Esta autorización se limita a las primas mensuales, trimestrales, semestrales, anuales, que se venzan de aquí en adelante en la póliza núm. _____ y está sujeta a las siguientes condiciones:

- (1) Esta autorización no es una modificación de ninguna de las disposiciones de la póliza, excepto que **Triple-S Vida, Inc.** no está obligada a dar aviso de las primas que venzan.
- (2) **Triple-S Vida, Inc.** iniciará las transacciones electrónicas de débito o crédito en las fechas de vencimiento de las primas o, de haberlo indicado, en la fecha indicada arriba, nunca antes de dicha fecha.
- (3) **Triple-S Vida, Inc.** y el que suscribe puede descontinuar el pago de primas al presentar un aviso por escrito con treinta **(30) días de anticipación** o puede ser descontinuado automáticamente por **Triple-S Vida, Inc.** si el banco rechaza cualquier transacción electrónica y no se paga la prima vencida dentro del tiempo estipulado en la póliza, a menos que dicha falta sea el resultado de un error del banco o de **Triple-S Vida, Inc.**
- (4) Estoy de acuerdo que sus derechos con respecto a cualquier transacción electrónica será el mismo que si el pago hubiese sido girado y firmado personalmente por mí. Además, estoy de acuerdo que si cualquiera de dichas transacciones no se pagara a su presentación, ya sea con intención o inadvertido, **Triple-S Vida, Inc.** no estará bajo ninguna responsabilidad aunque dicho rechazo resulte en la suspensión de la cubierta del seguro.

Nombre del Asegurado

Teléfonos

Firma del Dueño de la Póliza

Firma del dueño de la cuenta y/o tarjeta de crédito (según registrada en el banco o cuenta de crédito)

Fecha: _____

Dirección electrónica: _____