



COMBINED INSURANCE
 APC Services • PO Box 6704 • Scranton PA 18505-0704
 1-800-225-4500 • www.combinedinsurance.com

901



COBRO AUTOMATICO DE PRIMA
 Acuerdo de Autorización Para Pagos (Débitos) Pre-Autorizados

Nombre del depositante(s) según aparece en el record de la institución

Cubierta Nueva/Adicional

Solo cambio de Banco/Cuenta

Número teléfono depositante

Reinstalaciones

Tipo Póliza (A = Accidente, S = Esencial 7 Productos Salud, 3 = Worksite, L = Vida, H = Salud)

Tipo Póliza	Número de Póliza	Nombre del asegurado(s) (Letra de molde)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a Combined Insurance Company ("Combined"), a iniciar entradas de débitos electrónicos o a efectuar cambios por medio de cualquier otro método comercial aceptado, a mí (nuestra) cuenta corriente indicada abajo, de ahora en adelante llamada Depositario, a debitar la misma a dicha cuenta. Esta autorización se mantendrá en vigor hasta que Combined y el Depositario hayan recibido cada uno notificación escrita mía (o de cualquiera de nosotros) de su terminación de manera y con tiempo razonable para que Combined y el Depositario puedan procesarla.

Entiendo (entendemos) que si cualquier póliza listada contiene una cláusula de aumento en primas y beneficios, las primas futuras aumentarán según indicado en la tabla de Primas y Beneficios en la póliza.

Yo (nosotros) acuerdo (acordamos) que si las primas no son pagadas dentro del periodo de gracia bajo las pólizas indicadas, como resultado que los retiros no sean honrados, la(s) póliza(s) terminará(n). Las pólizas de vida pueden tener beneficios de no-caducidad.

Prima renovación a pagar por la(s) póliza(s) indicada(s) arriba

\$ PBD

Firma del depositante

(La firma debe ser igual a la registrada en el banco)

FECHA DE HOY
 MES DIA AÑO

Nombre del Agente

(Letra de molde)

NUMERO DE CODIGO

ESCRIBE LA INFORMACION DEL BANCO O REMUEVE EL PAPEL PARA EXPONER EL ADHESIVO Y PEGA AQUI EL CHEQUE NULO



Vea el reverso de la copia del cliente para información importante sobre cambio de banco

Nombre del Banco

Ciudad & País del Banco

Número de Ruta (9 dígitos)

Número de Cuenta

INFORMACION IMPORTANTE PARA LOS ASEGURADOS AL CAMBIAR DE BANCO

¿Está cambiando de banco o cambiando su número de cuenta sin cambiar de banco?

RECUERDE...un cambio de banco o de número de cuenta corriente afectará las deducciones de primas para su cubierta con Combined.

Para notificarnos de un cambio y asegurar cubierta sin interrupción, complete la información necesaria al reverso...

(Nota: Si no tiene un formulario en blanco, por favor llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-225-4500 y tomaremos por teléfono la información sobre su nueva cuenta.)

- 1) Marque el encasillado titulado - **SOLO CAMBIO BANCO / CUENTA**
- 2) Escriba su nombre en letra de molde según aparece en la tarjeta de firma que completó en su banco, en la línea titulada - **"NOMBRE DEL DEPOSITANTE(S) SEGUN APARECE EN EL RECORD DE LA INSTITUCION"**.
- 3) Por favor indique su número de teléfono actual en el encasillado titulado - **"NUMERO TELEFONO DEPOSITANTE"**
- 4) Escriba los números de póliza que se deducen de su cuenta corriente en el encasillado titulado- **"NUMERO DE POLIZA"**
- 5) Escriba en letra de molde los nombres de los asegurados correspondientes a cada número de póliza en el encasillado titulado - **"NOMBRE DEL ASEGURADO"**
- 6) Firme su nombre en el encasillado titulado - **"FIRMA DEL DEPOSITANTE"** e indique la fecha de hoy.

No es necesario que complete las áreas tituladas -
"Tipo Póliza"
"Prima Renovación a Pagar..."
"PBD"
"Nombre del Agente"
"Número de Código"

IMPORTANTE:

- Asegúrese de pegar un **cheque nulo** de su nueva cuenta en la parte de abajo del formulario. Simplemente remueva la cubierta del adhesivo y pegue ahí su cheque. O si usted quiere puede dejar la cubierta del adhesivo donde estaba y escribir la información de su cuenta bancaria.
- No envíe un pago de prima con este formulario. De ser necesario un pago, nuestro Departamento de Servicio al Cliente se comunicará con usted.
- Envíe la primera hoja del formulario con el cheque nulo a:

Combined Insurance
APC Services
PO Box 6704
Scranton PA 18505-0704

- Retenga la Segunda copia para su record.

Al recibo de esta información, haremos los arreglos con su banco para que la cuenta correcta sea facturada para primas futuras.

Su cheque nos autoriza a hacer una transferencia electrónica de fondos (TEF) de su cuenta o a procesar el pago como un cheque. Cuando procesado como un TEF, fondos pueden ser retirados de su cuenta tan pronto como el mismo día en que recibimos su pago y usted no recibirá su cheque devuelto. Si desea ser excluido de TEF, por favor llámenos al 1-800-225-4500.