

Recurrentes (domiciliación)

No Recurrentes (una vez)

Agencia: <input style="width:95%;" type="text"/>	Moneda del Plan: US\$ <input type="checkbox"/> Euros € <input type="checkbox"/>	Estatus de Póliza Nueva <input type="checkbox"/> Never Issued <input type="checkbox"/> Efectiva <input type="checkbox"/> Cancelada <input type="checkbox"/>
Propietario/Asegurado: (indique ambos nombres si son diferentes) <input style="width:95%;" type="text"/>		Número de Póliza <input style="width:95%;" type="text"/>

Autorización

Yo (nosotros), por la presente solicito (solicitamos) y autorizo (autorizamos) a StateTrust Life and Annuities, Ltd. a hacer débito(s) vía transferencia electrónica, a la(s) forma(s) de pago especificada(s) más abajo, relacionados al Plan/Póliza definido en este formulario. Esta autorización en **Pagos Recurrentes** permanecerá válida hasta que la compañía reciba cancelación de la misma por escrito. El procesamiento de dicha cancelación podrá tomar hasta 30 días. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que StateTrust Life and Annuities Ltd. estará protegida al haber sido honrado el (los) débito(s) y también entiendo (entendemos) que si el (los) débito(s) no es (son) honrado(s), StateTrust Life and Annuities Ltd. no tendrán ninguna responsabilidad, aún cuando signifique la caducidad de la mencionada póliza/plan. Todos los pagos en su fecha de vencimiento, pasados y futuros continuarán siendo total responsabilidad del propietario de la póliza/plan. Doy mi consentimiento para que se conserve este formulario en su formato electrónico y para que la copia de este formulario sea tratada como una versión original para todo efecto.

Seleccione la relación entre el propietario de la forma de pago y el propietario/asegurado de la póliza/plan: Propietario Cónyuge Miembro Familiar Socio Comercial (si la relación es otra que Propietario y Cónyuge, debe acompañar esta forma de la planilla "Autorización Pago Cliente", *seleccione todas las que apliquen según formas de pago utilizadas*).

Forma de Pago

<input type="checkbox"/> Cheque #:	Monto:	Banco:
<input type="checkbox"/> Cheque #:	Monto:	Banco:
<small>Todo cheque devuelto por el banco sin pagar, por cualquier motivo imputable al emisor del cheque, tendrá un costo de US\$ 35.00, que será deducido del próximo aporte.</small>		
<input type="checkbox"/> Transferencia	Fecha:	Monto:
<input type="checkbox"/> Débito Cuenta Bancos en USA	Monto a Debitar: <i>(en moneda del plan)</i>	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> de Cheques <input type="checkbox"/> de Ahorros
Nombre del Titular de la Cuenta: _____		Banco: _____
Código ABA para ACH: <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>	Número de Cuenta: _____ <small>(si seleccionó cuenta de cheques copie el número que aparece en el cheque)</small>	
Firma Cuenta Habiente: _____		Firma conjunta <i>(de ser necesaria)</i> : _____

Frecuencia y/o Aplicación del Pago

(en pagos recurrentes los débitos se harán el 1ro ó el 15 según la fecha de emisión del plan/póliza)

Anual <input type="checkbox"/>	Año: _____	Semestral <input type="checkbox"/>	Semestre: _____	Trimestral <input type="checkbox"/>	Trimestre: _____	Mensual <input type="checkbox"/>	Mes: _____
Prima Inicial	Contribución Inicial	Exceso	Renovación	Abono			
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>			

Observaciones

<input type="checkbox"/> Este pago sustituye domiciliación actual.	<input type="checkbox"/> Pagar primas por adelantado.
<input type="checkbox"/> Pagar primas pendientes.	<input type="checkbox"/> Otros, explique detalladamente: _____
<input type="checkbox"/> Nueva frecuencia de pago indicada arriba.	_____

Firma del Propietario de la Póliza / Plan

Fecha