

# Autorización de Débito Directo por Única Vez

## Sección 1: Información del Afiliado/Solicitante *(en letra de imprenta)*

Nombre del Afiliado/Solicitante <i>(primer, inicial del segundo, apellido)</i>		Teléfono (       )	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

## Sección 2: Autorización de Débito Directo por Única Vez

Por la presente, autorizo a MVP Health Care® a retirar el monto adeudado a MVP inmediatamente después de recibir esta autorización para la provisión de beneficios de salud.

Firma	Fecha
-------	-------

En el caso de una forma de pago automática de débito bancario, será responsabilidad del cliente verificar si este pago se debita correctamente de su cuenta bancaria. Esta autorización es para un débito por única vez para el pago de la prima inicial.

Esta Autorización de Débito Directo se debe enviar con su formulario de inscripción completado. Siga las instrucciones de inscripción incluidas en este paquete.

**Por favor conserve una copia de este Autorización para sus registros.**

▼ **Sujete con una grapa un cheque anulado o una fotocopia de un cheque anulado a continuación.** ▼

