



11255 SW 211 Street / Miami, FL 33189-2240 / 1-888-777-2555
 www.premierplans.org / www.americancare.com

SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PREMIER PLAN PROGRAM
AMERICAN CARE, INC. DISCOUNT MEDICAL PLAN ORGANIZATION

Parte I. Información Sobre Miembro

| | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|---------------|---------------------|--------------------|---------------|---------------------|
| Apellido | Nombre | ISN | Fecha de Nacimiento | Edad | M/F | Estatus Matrimonial |
| Dirección | | Ciudad | | Estado | Código Postal | |
| Teléfono de Hogar | Teléfono Celular/de Trabajo | Seguro Social | | Correo Electrónico | | |

AVISO: “ESTE PLAN NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD. ESTE PLAN PROVEE DESCUENTOS EN LAS OFICINAS DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD POR CIERTOS SERVICIOS MÉDICOS. ESTE PLAN NO HACE PAGOS DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS. LOS MIEMBROS DEL PLAN ESTÁN OBLIGADOS A PAGAR POR TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD, PERO RECIBIRÁN UN DESCUENTO DE PARTE DE AQUELLOS PROVEEDORES QUE TENGAN CONTRATOS CON AMERICAN CARE”.

Parte II. Información Sobre Pagos

Tramitando Pagos No Reembolsables

Todos los contratos conllevan un pago único, no reembolsable, de \$30.00 que se cumple en su totalidad al momento de firmar el acuerdo.

Pagos Mensuales

Pagos mensuales consisten de una cuota de \$30.00 por miembro, por mes, que se cumple el día primero de cada mes.

Información Sobre Pagos: () Retiro electrónico automático con el acuerdo adjunto.
 () Cheque o Giro Postal Mensual.

| | |
|---|-----------------|
| CUOTA DE MIEMBRO | \$ 30.00 |
| | \$ _____ |
| Tramitación de Cuota Inicial | \$ 30.00 |
| TOTAL QUE SE CUMPLE AL MOMENTO DE CONTRATACIÓN | \$ _____ |
| CUOTA MENSUAL | \$ _____ |

Parte III. Autorización

Por la presente declaro que estoy de acuerdo con las condiciones del contrato de American Care (Discount Medical Plan Organization/DMPO) y su consentimiento a participar en el Premier Plan Program. Yo recibiré formularios, información, y la lista de proveedores de servicios de salud a través del Departamento de Servicios de Membresía de American Care y/o a través del sitio web para el Premier Plan Program: www.premierplans.org. Comprendo que si solicito información, esta me será enviada por correo. Además, entiendo que ningún agente puede modificar esta solicitud, prescindir de las respuestas a cualquier pregunta, sugerir respuestas o completar respuestas hechas en esta solicitud. Atestigo y certifico que toda la información proporcionada por mí es correcta, completa, y que no ha sido tergiversada, y que he leído las declaraciones en esta planilla o me han sido leídas y que toda tergiversación material u omisión material contenida aquí puede usarse para terminar mi participación en el programa. Presento esta solicitud sabiendo que cualquier persona que conscientemente y con intención de dañar, defraudar, o engañar a cualquier compañía licenciada por la Oficina de Regulación de Seguros del Estado de la Florida (Florida Office of Insurance Regulations) que presente una declaración de causa o una solicitud que contenga cualquier información falsa, incompleta, o engañosa, es culpable de delito grave de tercer grado.

> > >
Nombre del Solicitante (Letras de Molde) Firma del Solicitante (Tinta Negra) FECHA

> > >
Nombre del Agente (Letras de Molde) Número de Agente Firma del Agente (Tinta Negra) FECHA

Acuerdo de Autorización Para Débitos a Cuenta Bancaria o Cargos a Tarjeta de Crédito Mediante Retiros Electrónicos Automáticos o Pagos Automáticos

American Care, Inc., 11255 SW 211 Street, Miami, FL 33189-2240, Número de identificación para declaraciones de impuestos: 65-0712890

Yo (Nosotros) por la presente autorizo (autorizamos) a American Care, Inc., de ahora en adelante denominado “American Care”, a iniciar débitos, y/o correcciones, y/o cargos a mi (nuestra):

- Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros Tarjeta de Crédito

Indicada abajo en los SERVICIOS DE RETIRO ELECTRÓNICO AUTOMÁTICO o COMPAÑÍA DE TARJETA DE CRÉDITO, de ahora en adelante denominados “SERVICIOS DE RETIRO ELECTRÓNICO AUTOMÁTICO o COMPAÑÍA DE TARJETA DE CRÉDITO”, con el fin de acreditar mi cuenta. Yo (Nosotros) reconozco (reconocemos) que la apertura de transacciones de retiros electrónicos automáticos o cargos a tarjetas de crédito a mi (nuestra) cuenta deberán cumplir con las provisiones de las leyes de los Estados Unidos.

RETIRO ELECTRÓNICO AUTOMÁTICO

TARJETA DE CRÉDITO

NOMBRE DE INSTITUCIÓN

SUCURSAL

CIUDAD ESTADO

NÚMERO DE CUENTA

BANK TRANSIT / ABA NUMBER

AMERICAN EXPRESS
 MASTERCARD VISA

NOMBRE SEGÚN APARECE EN LA TARJETA

NÚMERO DE CUENTA FECHA DE CADUCIDAD

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE TARJETA (CID)

Esta autorización permanecerá en vigencia plena hasta que American Care haya recibido notificación escrita de mi (nuestra) parte de su terminación en tal tiempo y de tal manera que proporcione a American Care y a los SERVICIOS DE RETIRO ELECTRÓNICO AUTOMÁTICO o COMPAÑÍA DE TARJETA DE CRÉDITO oportunidad razonable de actuar de acuerdo a mi (nuestra) notificación escrita de terminación.

NOMBRE

FIRMA

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA

NOMBRE

FIRMA

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA