



STATE TRUST
Life & Annuities

Autorización de Pago con Cuenta y Tarjetas de StateTrust Bank

Recurrentes (domiciliación) ☐

No Recurrentes (una vez) ☐

Agencia:

Moneda del Plan:

Estatus de Póliza

US\$ ☐ Euros € ☐

Nueva ☐ Never Issued ☐ Efectiva ☐ Cancelada ☐

Propietario/Asegurado: (indique ambos nombres si son diferentes)

Número de Póliza

Autorización

El suscrito (si es más de uno, cada uno de ellos conjuntamente), autorizo a StateTrust Life and Annuities, Ltd. a iniciar el pago (si es más de uno, en forma recurrente) descrito abajo y aplicarlo a la Póliza/Plan aquí especificada. El pago se iniciará por la vía de requerir un debito electrónico, transferencia bancaria o cargo a mi tarjeta, con StateTrust Bank & Trust, Ltd. Si el pago es Recurrente, esta autorización 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 tendrá 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.

Formas de Pago



Transferencia

Moneda y Monto: _____

Fecha Valor: ____/____/____

Recurrente (domiciliación) ☐

El suscrito (si es más de uno, cada uno de ellos conjuntamente), solicito y autorizo a StateTrust Bank & Trust Ltd. a debitar la cuenta que se indica a continuación y a acreditar a la cuenta que StateTrust Life and Annuities Ltd. haya designado para estos pagos.

Nombre del Titular de la Cuenta: _____

Número de Cuenta:

Cuenta en proceso de apertura: Si ☐ No ☐

Firma Titular:

Firma Titular:

Firma Titular:

Seleccione la relación entre el propietario de la Cuenta emisora del 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**).



Tarjetas

Moneda y Monto: _____

VISA

☐ Crédito

☐ Débito

Recurrente (domiciliación) ☐

Número de Tarjeta:

CCV

Nombre Tarjeta Habiente: _____

Firma Tarjeta Habiente:

Fecha Exp.: _____

X

Mes/Año

Únicamente se permite la domiciliación de Tarjeta de Crédito o Débito de uno de estos parentescos, favor indicar: Asegurado / Propietario / Cónyuge / Padres / Hijos / Hermanos

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 ☐

Año: _____

Semestral ☐

Semestre: _____

Trimestral ☐

Trimestre: _____

Mensual ☐

Mes: _____

Prima Inicial

Contribución Inicial

Exceso

Renovación

Abono

Observaciones

- ☐ Este pago sustituye domiciliación actual.
- ☐ Pagar primas pendientes.
- ☐ Nueva frecuencia de pago indicada arriba.
- ☐ Pagar primas por adelantado.
- ☐ Otros, explique: _____

Para Uso Interno de STL/STB

Cuenta Abierta en Fecha: _____

Nombre del Titular: _____

Número de Cuenta:

☐ Crédito ☐ Débito

Número de Tarjeta:

Firma del Propietario de la Póliza / Plan

Fecha