



## PROGRAMA DE AHORROS AUTO RENOVACIÓN

### Divulgación de Pago Automático

Este formulario describe su acuerdo con Bel Drive Dental, en el que nos autoriza a procesar pagos electrónicos desde la tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cuenta bancaria que se proporciona a continuación. Se le cobrará automáticamente la tarifa anual de renovación del contrato del Programa de Ahorros en la fecha de inicio que se indica a continuación. Los pagos continuarán anualmente hasta que se cumpla la fecha de finalización o su contrato haya sido cancelado a petición suya. Recibirá información de renovación 45 días antes de su fecha de renovación. Si hay cambios en las tarifas del plan, se le notificará en este momento. Si desea cancelar su contrato, debe proporcionar una notificación por escrito treinta (30) días antes a la fecha de renovación de su término actual. Proporcione a Bel Drive Dental un mínimo de 48-horas de aviso, en caso de que necesite editar un pago por cualquier motivo. Si no puede cumplir con el acuerdo, será su responsabilidad comunicarse con Bel Drive Dental para hablar sobre alternativas opciones de pago. No recibirá más correspondencia de Bel Drive Dental con respecto a estos pagos si su cuenta permanece al día. Un recibo de pagos completos estará disponible a pedido.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos de Tarjeta/Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de renovación: \_\_\_\_\_

Plan Seleccionado:

Niño individual  1 sola persona  2 sola personas  Familia

\*por favor escriba la  
cantidad

Firma del paciente:

(Padre/tutor si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

de miembros en plan  
aqu: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta/Cuenta bancaria

Firma que autoriza: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_