



**BlueCross BlueShield
Costa Rica**

Triple – S Blue, Inc.

Solicitud inicial () Solicitud de modificación () Fecha _____
(DD / MM / AAAA)

Yo _____ identificado con cédula No. _____,
autorizo a TRIPLE-S BLUE INC., a realizar transferencias a mi cuenta bancaria personal por el importe de pago de los beneficios reclamados o devoluciones de primas para la (s) póliza (s) de BlueCross BlueShield Costa Rica que poseo o soy beneficiario. Cualquier cambio posterior de cuenta u orden particular para revocar esta autorización, entiendo debo someterla por escrito con treinta (30) días de anticipación. La cuenta es la que se indica a continuación:

Nombre del titular de la Cuenta: _____

Identificación: _____

() Cédula nacional () Cédula residencia

Nombre del Banco: _____

Número de la cuenta cliente (Favor diligenciar un dígito por casilla)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de cuenta: Ahorros () Corriente () () Dólares () Colones

Hago constar que la información suministrada en el presente documento es correcta, y asumo la responsabilidad por cualquier inconsistencia de la misma.

Nombre: _____

Firma: _____

Teléfono fijo: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____