

Bienvenido a Triple-S Salud

Para su conveniencia le ofrecemos las siguientes alternativas para efectuar su pago:

Pago Automático de Triple-S Salud

ofrece una excelente alternativa para pagar mensualmente su factura de manera rápida y segura. Con este conveniente sistema, Triple-S Salud debita su prima del plan médico automáticamente de su cuenta de banco (cheque o ahorro) o tarjeta de crédito en la fecha acordada, eliminando retrasos del correo u otras razones que causan pagos tardíos. Para acogerse a Pago Automático debe completar la solicitud al dorso para disfrutar de este extraordinario método de pago.

Pagos a través del Portal de Triple-S

Puede efectuar sus pagos con Visa, MasterCard, ATH del BPPR y débito a su cuenta de banco (cheque o ahorro) a través de nuestra página de Internet en www.ssspr.com. También puede visitar nuestras oficinas regionales y centros de servicios y efectuar su pago en uno de nuestros Quioscos de servicio.

Pagos por Teléfono

Por teléfono llamando a **Telexpreso de Triple-S Salud al 787-774-6060**. Se acepta Visa, MasterCard, AMEX y débito a su cuenta de banco (cheque o ahorro).

Pagos por Correo

Para su conveniencia, puede realizar su pago mediante cheque o giro por correo a **Triple-S, Salud. PO Box 71548 San Juan, PR 00936-8648**. Siempre debe acompañar el cupón de pago correspondiente y escribir el número de contrato por el cual está pagando en el cheque o giro. No envíe efectivo.

Pagos en Sucursales

Puede realizar sus pagos en las sucursales de las siguientes instituciones bancarias alrededor de la Isla; **Banco Popular y Banco Santander**. Siempre debe presentar el cupón de pago correspondiente y escribir el número de contrato por el cual está pagando en el cheque o giro. Se permiten pagos en efectivos.

Banca por Internet / Telepago

Puede efectuar su pago utilizando los servicios que proveen las siguientes instituciones bancarias:

Recuerde debe registrarse con su banco antes de poder emitir su pago, para ello va a informar al banco su número de contrato el cual aparece en la parte inferior izquierda de su talonario de pago. También puede obtener su número de contrato de la tarjeta de identificación. Añada primero el número 100.

Banco Popular

Telebanco Popular
787-724-3650
www.bppr.com

Banco Santander

Pago Express
787-281-2000
www.santandernet.com

FirstBank

FirstLine
787-725-2511
www.firstbankpr.com

Oriental Group

Banca Telefónica
787-622-6800
www.OrientalOnline.com



Realice su **pago** con
mayor **comodidad**.



Information: Insured Group (sponsor)

Name of Insured or Group

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

Contract or Policy Number: For member, the number is (001234XXXXXX) and, (SP000XXXX) for groups.

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____




Phones: Resident (____) _____ - _____
 Work (____) _____ - _____ e-mail _____
 Mobile (____) _____ - _____

Bank Information Checking Account Saving Account

Bank or Financial Institution Name: _____ Bank Account Number: _____
 Name as appears on Bank Account: _____ Bank ACH Routing Number (ABA) (9 digits)

Authorization Code:
 Debit between days of 4 and 6 each month (04) Debit between days of 19 and 21 each month (19)
 Debit between days of 11 and 13 each month (11) Debit between days of 27 and 29 each month (27)*
*(NOT AVAILABLE FOR GROUP POLICY)

Credit Card Information:

   Credit Card Number: _____
 Name as appears on Credit Card: _____ Expiration date: ____ / ____ Phones: _____
 _____ CVV: _____ Resident (____) _____ - _____
 Credit Card statement address: _____ Work (____) _____ - _____
 _____ Mobile (____) _____ - _____

The credit card charge will be made between days 1st and 10th of each month (10).

Important Note: If the bank account is not in the name of the insured, the holder of the account or card must sign this authorization

- Applicable Term:**
1. This authorization will be in effect until a client's cancellation letter is received, and reasonable time is given to the company and the bank to process the request. Said notice should be delivered in our offices and service centers or mailed to Triple S Salud, Inc. Attn. Enrollment Department, P. O. Box 63628, San Juan, P. R. 00936-3628 or fax 787-706-2833 or email: servicioalcliente@ssspr.com.
 2. If any changes occur on the banking account, it is the client's responsibility to notify it with thirty (30) days in advance and complete a new Automatic Payment application.
 3. The bank's monthly statement will serve as payment receipt.
 4. Triple-S Salud, Inc. reserves the right to finalize this payment method and your enrollment in said system.

Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____