



Formulario de Pago de Membresia

Un Plan de Descuento Dedicado a las Soluciones de Su Salud

Persona Responsable del Pago				Fecha de Efectividad:				
Nombre		IM	Apellido	Fecha de Nacimiento	Nueva <input type="checkbox"/>	Renovacion <input type="checkbox"/>		
					Seleccionar Plan			
Direccion de Cobro		Ciudad	Estado	Codigo	Core <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>		
					CorePlus <input type="checkbox"/>	Familia <input type="checkbox"/>		
Telefono		Correo Electronico			Complete <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>		
					BMP Plus <input type="checkbox"/>	Pareja <input type="checkbox"/>		
Aplicante				Tarifa de Membresia				
Nombre		IM	Apellido	Fecha de Nacimiento	Core - Trimestral	\$		
					Core - Semi Anual	\$		
Forma de Pago						Core - Anual	\$	
Check <input type="checkbox"/>	Debit Card <input type="checkbox"/>	Cash <input type="checkbox"/>	Money Order <input type="checkbox"/>	Credit Card <input type="checkbox"/>	EFT <input type="checkbox"/>	CorePlus - Trimestral	\$	
Visa <input type="checkbox"/>	Master Card <input type="checkbox"/>	AMEX <input type="checkbox"/>	Discover <input type="checkbox"/>				CorePlus - Semi Anual	\$
Numero de Tarjeta de Credito		Fecha de Expiracion	Codigo de Seguridad				CorePlus - Anual	\$
							Complete -Mensual	\$
Nota: Complete & BMP Plus forma de pago es solamente pago automatico.				Monto Total		\$		
Informacion Importante								
<p>EFT INFORMACION DE PAGO AUTOMATICO El inscrito autoriza a Best Medical Plan, Inc., a debitar o cargar automáticamente la cuenta mencionada anteriormente por el pago de las cuotas de membresía que se adeudan de acuerdo con el plan seleccionado. La autorización debe permanecer en pleno vigor y efecto hasta que Best Medical Plan, Inc., haya recibido una notificación por escrito solicitando la terminación de la membresía.</p> <p>POLITICA DE CANCELACION DE MEMBRESIA Usted puede cancelar su membresía de Best Medical Plan, Inc., en cualquier momento. Best Medical Plan, Inc., tiene una política de cancelación de treinta (30) días. Best Medical Plan, Inc., debe recibir una notificación por escrito solicitando la cancelación de la membresía al menos treinta (30) días hábiles antes del próximo ciclo de facturación para que no se le cobre por el próximo ciclo de facturación. Si ha pagado por adelantado las tarifas de membresía para los planes Core o CorePlus, el pago por adelantado se reembolsará sobre una base prorrateada durante los meses, la membresía que no se ha utilizado, sin incluir la tarifa de inscripción no reembolsable esta tarifa solo se cobra una vez en el momento de la inscripción de membresía. La tarifa de inscripción <u>no</u> es reembolsable en ninguno de los planes. Para la cancelación de la membresía, comuníquese con Best Medical Plan, Inc., al (305) 800-2378, de lunes a viernes, entre las horas de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., est. o por correo electrónico BMP a info@bestmedicalplan.us y un asociado de BMP lo ayudará.</p>								
						Iniciales del Aplicante: x _____		

Nombre del Representante de Ventas: _____ BMP SRN: _____ Firma del Rep.: _____

Firma de Persona Responsable del Pago: _____ Fecha: _____