

ACUERDO DE TARJETA DE DÉBITO

◀ SÓLO PARA REEMBOLSO DE CUENTAS DE ATENCIÓN MÉDICA ▶

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD POR LO SIGUIENTE:

- PAGAR TODAS LAS TRANSACCIONES CON TARJETA SERÁN ÚNICAMENTE PARA GASTOS CALIFICADOS CONTRAÍDOS (SIN FACTURAR NI PAGAR) DURANTE EL AÑO DEL PLAN;
- MANTENER INDEMNE A FIRST FINANCIAL ADMINISTRATORS, INC. DE CUALQUIER SANCIÓN O CONSECUENCIA QUE RESULTE DE MIS ACCIONES EN CUANTO A DECLARAR TRANSACCIONES CON TARJETA COMO GASTOS CALIFICADOS CUANDO NO LO SEAN;
- PAGAR DE INMEDIATO TODOS LOS GASTOS DE LA CUENTA CUANDO ME SEA EXIGIDO POR HABER DECLARADO EN FALSO TRANSACCIONES CON TARJETA EN CUANTO A GASTOS NO CALIFICADOS, CON CONOCIMIENTO DE QUE EL IMPORTE EN CUESTIÓN SE CONSIDERARÁ COMO INGRESOS SUJETOS A IMPUESTOS EN CASO DE NO PAGAR EL VALOR;
- PRESENTAR RECIBOS DE GASTOS CUANDO SE ME SOLICITEN, AL ADMINISTRADOR DE TERCERAS PERSONAS POR TODAS LAS COMPRAS QUE REALICE;
- FIRMAR UN RECIBO CADA VEZ QUE PAGUE CON TARJETA A FIN DE QUE HAYA UN COMPROBANTE DE LA COMPRA, VÁLIDO COMO MANIFESTACIÓN DE QUE SE TRATA DE UN GASTO CALIFICADO QUE NO SE HA REEMBOLSADO NI SE REEMBOLSARÁ POR OTROS MEDIOS.

(COMPLETAR EN LETRAS DE IMPRENTA)

DISTRITO ESCOLAR _____

NOMBRE COMPLETO _____

N.º DEL SEGURO SOCIAL _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

TELÉFONO (DIURNO) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA _____ **FECHA** _____

***** TARJETAS ADICIONALES *****

NOMBRE COMPLETO	N.º DEL SEGURO SOCIAL	PARENTESCO	FECHA DE NAC.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____