

**GreenSky Patient Solutions®**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TRANSACCIÓN**

Nombre(s) del (de los) Prestatario(s): \_\_\_\_\_

Número de Identificación de la Solicitud: \_\_\_\_\_ Cantidad de la Transacción: \_\_\_\_\_

**Acuse de recibo del prestatario:** Mediante mi firma a continuación, yo, el prestatario y el co-prestatario, si lo hubiera, hacemos constar lo siguiente:

1. He completado y enviado una solicitud para un préstamo con el Programa GreenSky Patient Solutions®
2. He revisado todas las declaraciones proporcionadas con la solicitud del préstamo (disponibles en [www.greensky.com/disclosures](http://www.greensky.com/disclosures));
3. He recibido una copia de mi Acuerdo de Préstamo del Programa GreenSky Patient Solutions®, en el cual se especifica al prestamista del Contrato del Préstamo ("Prestamista") y estoy de acuerdo en estar sujeto a los términos y las condiciones del Contrato del Préstamo;
4. He leído y entendido los siguientes Principios de Transparencia;
5. Autorizo los pagos indicados en este formulario y le informo a mi/nuestro Prestamista que desembolse los fondos del préstamo de GreenSky Patient Solutions® a mi Proveedor.

La siguiente firma de un(unos) Prestatario(s) o el uso posterior del préstamo GreenSky® para realizar una compra constituirá la aceptación por parte de todos los Prestatarios del Contrato y la autorización de todos los Prestatarios para procesar la transacción como se ha identificado.

Firma del Prestatario: \_\_\_\_\_

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

Firma del coprestatario: \_\_\_\_\_

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

---

**PRINCIPIOS DE TRANSPARENCIA de GreenSky Patient Solutions®**

- El financiamiento para el Programa GreenSky Patient Solutions® es suministrado por el gobierno federal y las instituciones financieras y estatales autorizadas y aseguradas por el gobierno federal sin tener en cuenta la edad, la raza, el color, la religión, el origen nacional, el género, la orientación sexual o la situación familiar.
- El Programa ofrece préstamos en cuotas sin garantía y revolventes, y NO es un producto crediticio propio.
- Para los productos con interés diferido, pagará una tasa de interés de hasta el 29,99 %. El interés se factura a su tasa de interés desde la fecha de compra. **Los costos financieros se exonerarán SOLO SI el saldo total de la compra se paga por completo antes del final del período de promoción.**
- Debe cobrarse a la cuentas del Programa sólo por aquellos costos incurridos o servicios proporcionados en un plazo de 30 días del cargo. Usted tiene derecho a un reembolso si no se prestan los servicios. Se pueden facturar servicios adicionales conforme los va recibiendo por parte de su proveedor. Estos requisitos no aplican a servicios de ortodoncia o productos a la medida solicitados por usted, a menos que reciba dichos servicios o productos de parte de los proveedores con sede en Nueva York.
- Su proveedor está de acuerdo en responder a y cooperar plenamente con las solicitudes del Programa en relación a quejas de los consumidores en un plazo de diez (10) días después de la solicitud.
- Usted debe hacer la solicitud directamente con el Programa en línea (computadora o aplicación móvil) o por teléfono. Si su Proveedor no le permitió hacer la solicitud directamente con el Programa o le requirió llenar una solicitud en papel, usted tendrá el derecho de revocar el cargo de su cuenta, incluso si se prestaron los servicios. Si usted ejerce este derecho, el Programa le puede reintegrar la transacción a su Proveedor.
- Ni GreenSky Patient Solutions ni las instituciones financieras participantes en el Programa asumen responsabilidad alguna o deber de cuidado por la calidad o resultado de cualquier artículo y servicios del cuidado de la salud que usted recibió de su Proveedor.

**El Prestatario y el Proveedor deben conservar una copia firmada de este formulario.**

Aprobado para su uso por parte de los proveedores que participan en el programa GreenSky Patient Solutions®

02082019