



CCHP use only

Finance: Entry date _____

Member Services: Recv'd date _____

DST entry date _____

**華人保健計劃
個人/家庭及公司團體保健計劃銀行自動轉帳授權書**

(請填寫以下表格內的資料)

會員資料

會員姓名: _____

(跟保健咭上相同)

華人保健計劃會員號碼: _____ 電話: _____

住址: _____ 城市: _____

州: _____ 郵遞區號: _____ 電郵地址: _____

銀行資料

銀行名稱: _____

戶口持有人姓名: _____ 賬戶類別: 支票 儲蓄

銀行號碼: _____ 戶口號碼: _____

開始自動轉帳月份: _____

請在此附上取消支票一張或存款單以確保資料準確。
我們將會用此資料於閣下戶口中每月扣除保費。

⑆ 22105278⑆ 6724301068⑈ 2400⑈

Routing Number Account Number Check Number

注意: 如閣下選擇自動轉帳收到保健月費的賬單, 請不用寄回保費。自動轉帳金額是帳單上的總金額, 而閣下的銀行月結單的過數記錄, 已是你保健月費付款的證明。若在轉帳當日, 閣下的戶口由於資金不足, 凍結或關閉, 而引致華人保健不能收取保費, 閣下須付\$15 元手續費。

閱讀後請簽名

這是華人保健計劃與個人及家庭、商業保健計劃會員參加自動轉帳的合約書。款項將會於每月的廿五號轉到華人保健計劃的銀行戶口內。如果該月的廿五號是週末或假日，自動轉帳則將在下一個工作日從您的帳戶中扣除。

本人授權華人保健計劃從本人以下列的銀行戶口內轉帳保費。我明白如果本人決定取消這項轉帳服務，本人必須以書面通知華人保健計劃。

簽名: _____ 日期: _____

提交此自動轉帳授權表格連同一張取消支票或存款單，請傳真到 1-415-955-8817 或郵寄回到華人保健計劃，445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108。請於本月二十日之前提交此表格以便自動轉帳於下月開始。如有任何問題，或需要幫助填寫此表格，致電會員服務部 1-888-775-7888，聽力殘障人士可致電 TTY 1-877-681-8898。(每天早上八時至下午八時)

其他支付月費方式：

地點 / 付款方式	信用卡 銀行卡	個人支票 銀行本票 匯票	現金	網上付款講解
華人保健計劃 (CCHP) 445 Grant Ave, #700, San Francisco, CA 94108	<input type="radio"/> 親身	<input type="radio"/> 親身 <input type="radio"/> 郵寄		<input type="radio"/> 親身
會員服務中心 445 Grant Ave, San Francisco, CA 94108		<input type="radio"/> 親身		<input type="radio"/> 親身
Gellert 華康醫務中心 386 Gellert Blvd, Daly City, CA 94015				<input type="radio"/> 親身
建東銀行 1023 Stockton St, San Francisco, CA 94108			<input type="radio"/> 親身 需攜帶付 款存根	
CCHP 網站 http://cchphealthplan.com/how-to-pay	<input type="radio"/> 電子			