



**CCHP use only**

Finance: Entry date \_\_\_\_\_  
Member Services or Sales: Recv'd date \_\_\_\_\_  
DST entry date \_\_\_\_\_

**Chinese Community Health Plan**

**Formulario de Autorización para Retiro Bancario Automático  
de los Planes Individuales/Familiares y de Grupos de Empleadores  
(Por favor complete toda la información en este formulario)**

**Información sobre el Miembro**

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
(como se muestra en su tarjeta de ID de Miembro)  
ID de Miembro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Información sobre la Institución Financiera**

Nombre de la Institución Financiera: \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta:  Cheques  Ahorros  
Código de Identificación Bancaria: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_  
Retiro automático mensual comienza \_\_\_\_\_

**Por favor, adjunte un cheque anulado o un recibo de depósito aquí.  
Usaremos esta información para retirar la prima mensual de su plan  
de la cuenta que usted especifique en el formulario.**

⑆ 22105278⑆ 6724301068 2400⑆  
Routing Number Account Number Check Number

**NOTA:** Si selecciona el retiro automático como su opción de pago para la prima de su plan, usted recibirá la facturación mensual de la prima y **no tendrá que enviarnos su pago**. El monto de la prima será retirado automáticamente de la cuenta de acuerdo al “monto total adeudado” en la factura de la prima. Su confirmación bancaria será la prueba de pago. Si no hay fondos suficientes en la cuenta o si la cuenta se congela/cierra en la fecha del retiro, CCHP le cobrará una tarifa de \$15 por separado.

**Por favor Lea y Firme a lo Siguiente**

Este acuerdo es entre Chinese Community Health Plan ("CCHP") y el miembro de CCHP para el retiro automático de fondos. Los fondos se transferirán el día 25 de cada mes y se utilizarán para pagar la prima mensual. Si el día 25 del mes cae en un fin de semana o feriado, el Pago automático se debitará de su cuenta el siguiente día hábil.

Autorizo a Chinese Community Health Plan a instruir a mi institución financiera para que realice los pagos de primas del plan de la cuenta indicada anteriormente. Entiendo que si decido suspender este método de pago en cualquier momento, notificaré a CCHP por escrito y realizaré el pago de la prima del plan utilizando un método alternativo.

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

Por favor, envíe el formulario por fax al: 415-955-8817 o envíelo por correo a: CCHP, 445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108 antes del día 20 del mes para que los cambios entren en vigor el primer día del mes siguiente. Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con el Centro de Servicios para Miembros de CCHP al 1-888-775-7888 (TTY 1-877-681-8898) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana.

**Otros Métodos de Pago:**

Ubicaciones/Métodos de Pago	Tarjeta de crédito Tarjeta de débito	Cheque personal Cheque de caja Giro postal	Efectivo	Pagar tutorial en línea
<b>Chinese Community Health Plan</b> 445 Grant Ave, #700, San Francisco, CA 94108	<input type="radio"/> Pague en persona	<input type="radio"/> Pague en persona <input type="radio"/> Por correo		<input type="radio"/> Pague en persona
<b>Member Services Center</b> 445 Grant Ave, San Francisco, CA 94108		<input type="radio"/> Pague en persona		<input type="radio"/> Pague en persona
<b>Gellert Health Services</b> 386 Gellert Blvd, Daly City, CA 94015				<input type="radio"/> Pague en persona
<b>Bank of the Orient</b> 1023 Stockton St, San Francisco, CA 94108			<input type="radio"/> En persona con talón de facturación	
<b>CCHP Website</b> <a href="http://cchphealthplan.com/how-to-pay">http://cchphealthplan.com/how-to-pay</a>	<input type="radio"/> Electronica			