



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
de los Planes Medicare Advantage

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: _____

Financial Institution Information

Nombre de la Institución Financiera: _____

Nombre del Titular de la Cuenta: _____ Tipo de Cuenta: Cheques Ahorros

Código de Identificación Bancaria: _____ Número de Cuenta Bancaria: _____

Monto de la Prima: \$ _____ al mes empezando _____

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.

⑆ 1 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 del plan se retirará automáticamente de la cuenta. 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 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 entre el día 10 y el día 15 de cada mes e utilizarán para pagar la prima mensual.

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	Tutorial para pagar en línea
Chinese Community Health Plan 445 Grant Ave, #700, San Francisco, CA 94108	<input type="radio"/> En persona	<input type="radio"/> En persona <input type="radio"/> Por correo		<input type="radio"/> En persona
Member Services Center 445 Grant Ave, San Francisco, CA 94108		<input type="radio"/> En persona		<input type="radio"/> En persona
Gellert Health Services 386 Gellert Blvd, Daly City, CA 94015				<input type="radio"/> En persona
Bank of the Orient 1023 Stockton St, San Francisco, CA 94108			<input type="radio"/> En persona con talón de pago de facturación	
CCHP Website http://cchphealthplan.com/how-to-pay	<input type="radio"/> Electronica			