

**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**

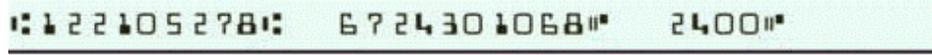
銀行名稱: \_\_\_\_\_

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。

  
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。款項將會於或大約在每月的廿五號轉到華人保健計劃的銀行戶口內。如果轉帳是週末或假日，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, San Francisco, CA 94108。請於本月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 (星期一至五，早上八時至晚上八時)。

### 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
<b>華人保健計劃 (CCHP)</b> 445 Grant Ave, #700, San Francisco, CA 94108		<input type="radio"/> 郵寄		
<b>會員服務中心</b> 890 Jackson St, San Francisco, CA 94133	<input type="radio"/> 親身	<input type="radio"/> 親身		<input type="radio"/> 親身
<b>Gellert 華康醫務中心</b> 386 Gellert Blvd, Daly City, CA 94015	<input type="radio"/> 親身			<input type="radio"/> 親身
<b>建東銀行</b> 1023 Stockton St, San Francisco, CA 94108			<input type="radio"/> 親身 需攜帶付 款存根	
<b>CCHP 網站</b> <a href="http://cchphealthplan.com/how-to-pay">http://cchphealthplan.com/how-to-pay</a>	<input type="radio"/> 電子			