CCHP Health Plan

445 Grant Ave., San Francisco, CA 94108
Tel: (415) 955-8800 • Fax: (415) 955-8817

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

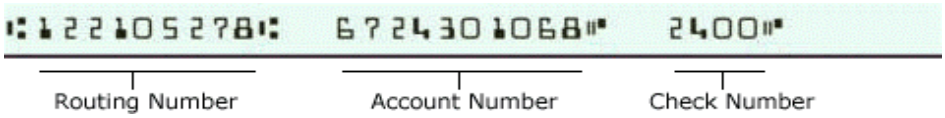
Nombre de la Institución Financiera: _____

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.



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 alrededor del 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, San Francisco, CA 94108 antes del día 10 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

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
Chinese Community Health Plan 445 Grant Ave, #700, San Francisco, CA 94108		○ Por correo		
Member Services Center 890 Jackson St, San Francisco, CA 94133	○ Pague en persona	○ Pague en persona		○ Pague en persona
Gellert Health Services 386 Gellert Blvd, Daly City, CA 94015	○ Pague en persona			○ Pague en persona
Bank of the Orient 1023 Stockton St, San Francisco, CA 94108			○ En persona con talón de pago de facturación	
CCHP Website http://cchphealthplan.com/how-to-pay	○ Electronica			