



Balance by CCHP
個人及家庭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)

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: _____

月費金額: \$ _____ 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。

⑆ 122105278⑆ 6724301068⑈ 2400⑈

Routing Number Account Number Check Number

注意: 如閣下選擇自動轉帳將仍會收到保健月費的賬單，但請不用寄回保費。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 **Balance by CCHP (Balance)** 與 **Balance** 會員參加自動轉帳的合約書。款項將會於或大約在每月二十五號轉到 **Balance by CCHP** 的銀行戶口內。本人授權 **Balance** 從本人以下列的銀行戶口內轉帳保費。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 **Balance by CCHP** 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 **Balance**。

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 **Balance by CCHP**，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**。10月1日至3月31日：每週7天，上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日：星期一至五，上午8時至晚上8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
Balance by CCHP 445 Grant Ave. San Francisco, CA 94108		○ 郵寄		
會員服務中心 445 Grant Ave. San Francisco, CA 94108	○ 親身	○ 親身		○ 親身
Gellert 華康醫務中心 386 Gellert Blvd. Daly City, CA 94015	○ 親身			○ 親身
建東銀行 1023 Stockton St. San Francisco, CA 94108			○ 親身 需攜帶 付款存根	
Balance 網站 www.balancebycchp.com/how-to-pay	○ 電子付款			