



Insurance Company, Inc.

## Formulario de autorización de giro bancario

Primas mensuales de Care N' Care (HMO/PPO). A tiempo. Siempre.

### El pago a través de giro bancario automático significa lo siguiente:

- No tiene que expedir más cheques para su prima mensual.
- La prima se deduce de su cuenta bancaria el 5 de cada mes.
- No tiene que preocuparse por el extravío de cheques en la correspondencia.
- Nunca pierde un pago: su prima mensual se pagará automáticamente.
- Su prima se pagará incluso si está fuera de la ciudad.

### Lo que necesita hacer para autorizar un giro bancario automático:

- Complete el siguiente formulario de autorización de giro bancario.
- Si usted y su cónyuge son miembros de Care N' Care, complete el formulario para cada uno.
- Si bien no se exige, le agradeceríamos que incluyera un cheque anulado.
- El formulario de autorización se debe recibir en nuestra oficina antes del último día del mes para que la extracción automática comience al mes siguiente.

*Nota: su cuenta bancaria debe tener fondos suficientes para pagar el monto exacto en dólares para la prima para la fecha de pago acordada. Si el día del pago hay fondos insuficientes o sin cobrar en su cuenta, su banco devolverá el pago previamente autorizado y puede cobrarle una tarifa por cheque rechazado.*

### Autorización de giro bancario automático

Si firmo este formulario, autorizo que Care N' Care deduzca un monto de la prima mensual de \$\_\_\_\_\_de la cuenta bancaria que se indica a continuación. Comprendo que, si mi prima se modifica, Care N' Care me informará primero. Comprendo que debo notificar a Care N' Care y a mi banco por escrito si deseo que dejen de deducir de mi cuenta. Comprendo que debo notificar a Care N' Care si los datos de mi cuenta se modifican.

Nombre del miembro:\_\_\_\_\_ Número de identificación de miembro:\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico:\_\_\_\_\_ Institución bancaria o financiera:

Número de la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_ Número de enrutamiento del banco:\_\_\_\_\_

Marque una opción:  Cuenta corriente o  Cuenta de ahorro

Firma del titular de la cuenta:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_

Devolver formulario completo a:

Care N' Care  
Enrollment/ General Correspondence  
TMG P. O. Box 4197  
Scranton, PA 18505

**¿Necesita asistencia?** Llame a su Equipo de experiencia del cliente al número gratuito 1-877-374-7993 (TTY 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro.