



RECAUDACIÓN AUTOMATIZADA DE LA PRIMA MENSUAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (EFT)

Para pagar la prima de su plan cada mes mediante transferencia electrónica de fondos (EFT), complete y devuelva este formulario a KelseyCare Advantage. Los retiros automáticos se procesarán alrededor del 5to día de cada mes.

Información del miembro			
Nombre del miembro		Número de Medicare	
Dirección			
Ciudad, Estado, Código postal			

Información bancaria	
Nombre de Banco	
Nombre del titular de la cuenta	
Número de la cuenta	
Número de ruta bancaria	
De cuenta corriente <input type="checkbox"/>	Por favor adjunte un cheque anulado a este formulario
De cuenta de ahorros <input type="checkbox"/>	Por favor adjunte un comprobante de depósito anulado a este formulario

Por la presente autorizo a KelseyCare Advantage a comenzar a retirar las primas de mi cuenta bancaria como se muestra arriba. Entiendo que tengo derecho a detener la deducción automática notificando a mi banco en cualquier momento o mediante notificación escrita a KelseyCare Advantage. Entiendo que este acuerdo permanecerá en vigor hasta que KelseyCare Advantage reciba una notificación por escrito de mi parte. Estoy de acuerdo en notificar a KelseyCare Advantage de inmediato si cambio y/o cancelo de banco o la cuenta bancaria mencionada anteriormente. Entiendo que, si cancelo la transferencia electrónica de fondos, recibiré una factura por la prima de mi plan cada mes de KelseyCare Advantage.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Si tiene preguntas, no dude en comunicarse con nosotros al (713) 442-2273 o al (866) 535-8343, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Por favor envíe por correo el formulario completo con su cheque / recibo de depósito anulado a:

KelseyCare Advantage
P.O. Box 841569
Pearland, Texas 77584

H0332_PB0020319_C