



**COBRO DE PRIMAS MENSUAL AUTOMATIZADO
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
DE FONDOS (EFT)**

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

Información de miembro			
Nombre de miembro		Número de Medicare	
DIRECCIÓN			
Ciudad, Estado CREMALLERA			

Información bancaria	
Nombre del banco	
Nombre del titular de la cuenta	
Número de cuenta	
Número de ruta bancaria	
De comprobar	Adjunte un cheque anulado a este formulario
De ahorros	Adjunte un comprobante de depósito anulado a este formulario

Por la presente autorizo a KelseyCare Advantage a comenzar a retirar 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 por escrito a KelseyCare Advantage. Entiendo que este acuerdo permanecerá vigente hasta que KelseyCare Advantage haya recibido una notificación por escrito de mi parte. Acepto notificar a KelseyCare Advantage de inmediato si cambio y/o cancelo los bancos 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: _____ Date Signed: _____

Si tiene alguna pregunta, no dude en contactarnos al (713) 442-2273 o (866) 535-8343. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm. Los servicios de mensajería se utilizan los fines de semana, fuera del horario laboral y en los días federales. vacaciones.

Envíe por correo el formulario completo junto con su cheque
anulado/comprobante de depósito a:

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