



Programa de pago automático de primas
Acuerdo de autorización

Tome estos tres simples pasos para efectuar los pagos de primas mensuales sin complicaciones:

- complete y firme este acuerdo de autorización;
- verifique que su institución financiera efectivamente pueda aceptar retiros electrónicos automatizados;
- envíe esta autorización a:
Blue Cross MedicareRx (PDP)
c/o Member Services
P.O. Box 3897
Scranton, PA 18505

Sus pagos se deducirán aproximadamente el 4.º día de cada mes.

ACUERDO

Yo, en calidad de titular de la cuenta, por medio de este documento, autorizo a Health Care Service Corporation (HCSC) a realizar retiros mensuales de mi cuenta en la institución financiera indicada en esta autorización para el pago de la prima de seguro mensual de Blue Cross MedicareRxSM o los saldos pendientes de pago adeudados para el titular de póliza designado. Asimismo, autorizo a la institución financiera a cobrar dichos retiros a mi cuenta. Tras procesar esta autorización firmada, se cobrarán todos los saldos pendientes de pago.

Cada mes, se efectuará un giro en la fecha de vencimiento de pago de la prima de la póliza/contrato o cerca de esta fecha. Como titular de la cuenta, al firmar más adelante, también certifico, en caso de que este giro se emitiese desde una cuenta corriente empresarial, que estoy autorizado a aprobar esta transacción, que la empresa no está pagando una parte de la prima para este suscriptor, ya sea directamente o mediante reembolso, y que el empleador/la empresa no deducirá ninguna parte de las primas de los ingresos brutos en virtud de la sección 106 o la sección 162 del Código de Impuestos Internos. Comprendo que la institución financiera y HCSC se reservan el derecho de poner fin a este programa de pago o mi participación en este. También comprendo que puedo discontinuar este programa de pago (salvo en contratos temporales individuales) en cualquier momento mediante aviso a HCSC por teléfono como mínimo 10 días antes de una fecha de retiro programada.

Estoy autorizando que se pague mi prima de seguro adeudada por esta cobertura de Blue Cross MedicareRx conforme se describe en este acuerdo y acepto que si no se cumpliese algún retiro, el pago de la prima para dicho retiro se considerará en incumplimiento de pago. También autorizo la divulgación de los números de identificación/grupo de mi póliza y cualquier otra información personal necesaria en los extractos de la institución financiera para identificar al titular de cuenta designado para quien se efectúan los retiros.

COMPLETE LA SECCIÓN SIGUIENTE • Imprima o escriba en letra legible la información

Sí, acepto que mi prima de seguro se pague mensualmente mediante el Programa de pago automático de primas.

Nombre del miembro: _____

Número del grupo: _____ Id. del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ N.º de teléfono: _____

Nombres del titular de la cuenta: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección del titular de la cuenta: _____

Nombre completo del banco o de la institución financiera:

Número de la cuenta bancaria: _____ Corriente O Ahorros Número de

ruta: _____

He leído y acepto el anterior acuerdo.

Firma del miembro: _____ Firmas

del titular de la cuenta _____

(si fuese diferente al miembro)

Información del plan Blue Cross MedicareRx (PDP)SM:

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-888-285-2249, modo de teléfono de texto (TTY) 711. Abrimos de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llamase entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, le recordamos que se usarán tecnologías alternas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.

Los planes de medicamentos de venta con receta médica son suministrados por Health Care Service Corporation (HCSC), compañía mutualista de reserva legal, licenciataria independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association. Patrocinador de Parte D autorizado por Medicare. La inscripción en los planes de HCSC depende de la renovación de contrato.