

¡Pague sus primas mensuales de Medicare Advantage de manera rápida y fácil!

Pago mediante giro bancario automático significa:

- Nunca más tendrá que hacer cheques de prima.
- eternalHealth debitará la prima de su cuenta bancaria el día 10 de cada mes.
- No tiene que preocuparse por perder cheques en el correo.
- Su prima mensual se pagará automáticamente.
- Su prima se pagará incluso si encuentra fuera de la ciudad.

¿Qué debe hacer para autorizar un giro bancario automático?:

- Complete el formulario de autorización de giro bancario automático a continuación.
- Si tanto usted como su cónyuge se están inscribiendo en pagos automáticos, complete un formulario para cada uno de ustedes.
- Si bien no es obligatorio, le agradeceríamos que incluya un cheque anulado.
- Debemos recibir el siguiente formulario en nuestra oficina antes del último día del mes para que el débito automático comience el mes siguiente.

Nota: su cuenta bancaria debe tener fondos suficientes para pagar el monto exacto de la prima en dólares en la fecha de pago acordada. Si hay fondos insuficientes o no cobrados en su cuenta en la fecha de pago, su banco devolverá el pago preautorizado y podrá cobrarle un cargo por cheque devuelto.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-800-680-4568. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, los siete días de la semana o del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes.

Autorización para giro bancario automático

Al firmar este formulario, permito que eternalHealth debite un monto por la prima mensual de la cuenta bancaria indicada a continuación. Entiendo que si mi prima alguna vez cambia, eternalHealth me lo notificará primero. Entiendo que debo notificar a eternalHealth y a mi banco por escrito si deseo que dejen de debitar de mi cuenta. Entiendo que debo notificar a eternalHealth si la información de mi cuenta cambia.

Nombre del miembro: _____ Número de identificación del miembro: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Banco o institución financiera: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Número de ruta bancaria: _____

Encierre con un círculo una opción: cuenta corriente cuenta de ahorro

Firma del titular de la cuenta: _____ Fecha: _____

Regrese el formulario completado a: Enrollment Department
eternalHealth
PO Box 1375
Westborough, MA 01581