

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA RETIRO AUTOMÁTICO



Complete este formulario para que los pagos de las primas se deduzcan automáticamente de su cuenta de cheques o de ahorros. **Presente un formulario por cada solicitante.**

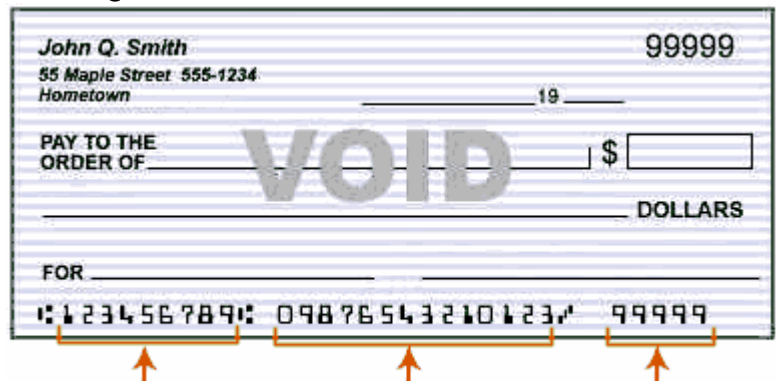
1. Información bancaria:

Nombre del solicitante/miembro			Nombre del cuentahabiente	
Calle	Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del banco		Número de ruta bancaria	Número telefónico	

2. Favor de deducir la prima mensual de (marque uno de los siguientes):

- Cuenta de cheques
(DEBE adjuntar cheque anulado)
- Cuenta de ahorros
(DEBE adjuntar una ficha de depósito)

CHEQUE DE MUESTRA



Número de ruta bancaria Número de cuenta de cheques Número de cheque No ingresar

3. Autorización de retiro

Por medio de la presente autorizo a Aspire Health Plan para que retire de la cuenta de cheques/ahorro indicada arriba la cantidad necesaria para pagar la prima de *(nombre del solicitante)* _____. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que notifique a Aspire Health Plan por escrito para cancelar, con tiempo suficiente para que el banco tenga una oportunidad razonable para realizar la cancelación. Además, certifico que soy un firmante autorizado de esta cuenta listada de acuerdo con los registros de la institución financiera mencionada arriba.

Favor de adjuntar ya sea un cheque anulado para el retiro de una cuenta de cheques o una ficha de depósito para el retiro de una cuenta de ahorros.

Nombre (en letra de molde) _____ Fecha _____

Firma: _____

Si tiene cualquier pregunta por favor llame al (855) 570-1600, de lunes a viernes, 8 a.m.-5 p.m. TDD/TTY 711 (para personas con discapacidad auditiva).

Por favor envíe este formulario a: Aspire Health Plan
3993 Fairview Industrial Drive SE
Salem, OR 97302