



PAGOS AUTOMÁTICOS

PARA INDIVIDUOS Y GRUPOS

Por favor, responda con letra legible con tinta negra/azul. Los espacios y firmas incompletas y/o ilegibles pueden causar un retraso en su inscripción. Los representantes del grupo deben completar las secciones A, C, D y E. Los miembros individuales deben completar las secciones A, B, D y E.

Sección A: Tipo de Autorización

Por favor marque una: NUEVA INSCRIPCIÓN CAMBIAR INSCRIPCIÓN CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Sección B: Información del Suscriptor Individual (SOLO para ser completada por Individuos)

Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Número de Identificación del Suscriptor (como aparece en la tarjeta de ID): _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sección C: Información de Grupo (SOLO para ser completada por Grupos)

Nombre del Grupo: _____

Representante del Grupo: _____ Número de Identificación del Grupo (como aparece en la tarjeta de ID): _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sección D: Información de la Institución Financiera

Nombre Completo del Titular de la Cuenta	Dirección de Facturación del Titular de la Cuenta
Nombre de la Institución Financiera	Tipo de Cuenta (marque una) CHEQUES AHORROS NO se requiere un cheque anulado.
Número de Ruta / Tránsito de la Institución Financiera	Número de Cuenta de la Institución Financiera

Sección E: Consentimiento y Firma

Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) que Alliant Health Plans presente entradas de débito a la cuenta bancaria mencionada anteriormente y del depositario mencionado anteriormente para debitar lo mismo a tal cuenta. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que soy (somos) responsable de la validez de la información en este formulario. Si Alliant Health Plans deposita fondos por error en mi (nuestra) cuenta, yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a Alliant Health Plans a iniciar las entradas de débito necesarias, sin exceder el total de la cantidad original acreditada. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que debido a que esta es una transacción electrónica, estos fondos pueden ser retirados de mi cuenta a partir de las fechas de transacciones periódicas mencionadas anteriormente. En el caso de que una transacción sea rechazada por Fondos No Suficientes (NSF, por sus siglas en inglés), yo (nosotros) entiendo (entendemos) que Alliant Health Plans puede a su discreción intentar procesar el pago nuevamente dentro de los 30 días y acepto (aceptamos) un cargo adicional de \$35 por cada intento devuelto por Fondos No Suficientes, que se iniciará como una transacción separada del pago recurrente autorizado. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que Alliant Health Plans cancelará una inscripción de pago automático que falle durante dos meses consecutivos.

Yo (nosotros) estoy (estamos) de acuerdo en cumplir con todos los requisitos de certificación de Alliant Health Plans y los reglamentos, reglas, manuales, boletines, normas y directrices aplicables del programa publicadas por Alliant Health Plans o su(s) afiliado(s) o subcontratista(s) autorizado(s). Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que cualquier falsificación u ocultación de un hecho material puede ser procesada bajo las leyes federales y estatales.

Yo (nosotros) continuaré (continuaremos) manteniendo la confidencialidad de los registros y otra información relacionada con los clientes cubiertos por los programas ofrecidos a través de Alliant Health Plans de acuerdo con las leyes, normas y reglamentos estatales y federales aplicables.

Fecha de Pago Automático: 25 del Mes (o el siguiente día laboral)

Por favor, tenga en cuenta que: su pago se procesará el día 25 de cada mes, o el siguiente día laboral, para el pago de la prima del mes siguiente. Este formulario debe recibirse antes del 15 del mes para que el Pago Automático se configure en el horario mencionado anteriormente. Hasta que se configure su Pago Automático, usted debe realizar el pago de su prima enviando un cheque por correo, visitando nuestra página web o llamando al sistema de pago telefónico IVR.

Como individuo(s) con capacidad de proporcionar consentimiento, mi nombre completo escrito a máquina a continuación constituye mi firma y pretende ser vinculante.

Firma del Titular de la Cuenta: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación al Suscriptor: _____

Firma del Suscriptor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

ENVÍE ESTE FORMULARIO A: Alliant Health Plans
PO Box 1128
Dalton, GA 30722

Fax: (706) 229-6287
Correo Electrónico: AutoPay@AlliantPlans.com