



Cobertura Blue Cross Medicare AdvatageSM

Programa de Pago Automático de Primas

Acuerdo de Autorización

Siga estos tres sencillos pasos para realizar pagos mensuales de primas sin complicaciones:

- Complete y firme este acuerdo de autorización.
- Verifique si su institución financiera pueda aceptar retiros electrónicos automatizados.
- Devuelva esta autorización a:
Blue Cross Medicare Advantage
c/o Member Services
P.O. Box 4555
Scranton, PA 18505

Los pagos se deducirán aproximadamente el día 4 de cada mes.

ACUERDO

Yo, como titular de la cuenta, por la presente autorizo a Health Care Service Corporation (HCSC), HCSC Insurance Services Company (HISC), Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC), GHS Insurance Company (GHSIC) o GHS Health Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO (BlueLincs), a iniciar retiros mensuales de mi cuenta en la institución financiera que se menciona en esta autorización para el pago de la prima mensual de seguro de las coberturas Blue Cross Medicare Advantage (HMO)SM, Blue Cross Medicare Advantage (HMO-POS)SM, Blue Cross Medicare Advantage (PPO)SM o los saldos pendientes adeudados por el titular de la póliza nombrado; y autorizo a la institución financiera a cobrar dichos retiros a mi cuenta. Tras el procesamiento de esta autorización firmada, se cobrarán todos los saldos pendientes.

Se extraerá un giro bancario cada mes en la fecha de vencimiento de la prima de la póliza o del contrato o alrededor de ésta. Como titular de la cuenta, al firmar a continuación, también certifico, en caso de que este giro se retire de una cuenta de cheques de una empresa, que estoy autorizado a aprobar esta transacción, que la empresa no está pagando ninguna parte de la prima para este titular de la póliza, ya sea directamente o a través de un reembolso, y que el empleador o la empresa no están deduciendo ninguna parte de las primas de los ingresos brutos según la sección 106 o la sección 162 del Código de Rentas Internas. Entiendo que tanto la institución financiera como HCSC o HISC se reservan el derecho de finalizar este programa de pagos o mi participación en dicho programa. También entiendo que puedo interrumpir este programa de pago (excepto en contratos temporales individuales) en cualquier momento mediante aviso con, al menos, 10 días de anticipación a HCSC, HISC, ILBCBSIC, GHSIC o BlueLincs por teléfono antes de una fecha de retiro programada.

Autorizo el pago de mi prima de seguro adeudada para esta cobertura Blue Cross Medicare Advantage según se describe en este acuerdo y acepto que, si se rechaza algún retiro, el pago de la prima correspondiente a dicho retiro se considerará incumplido. También autorizo la divulgación de los números de asegurado o de grupo de mi póliza y cualquier otra información personal necesaria en los estados de cuenta de la institución financiera para identificar al titular de la cuenta nombrado para quien se realizan retiros.

COMPLETE LOS SIGUIENTES CAMPOS • Imprima o escriba la información

Sí, elijo que mi prima de seguro se pague mensualmente a través del Programa de Pago Automático de Primas.

Nombre del asegurado: _____

Número de grupo: _____ Número de asegurado: _____

Dirección: _____

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

Nombre(s) del titular de la cuenta: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección del titular de la cuenta: _____

Nombre completo del banco o institución financiera:

Número de cuenta bancaria: _____ De cheques O De

ahorros Número de ruta: _____

He leído y acepto el acuerdo que antecede.

Firma del asegurado: _____

Firma(s) del titular de la cuenta _____
(si es diferente del asegurado)

Información sobre la cobertura Blue Cross Medicare AdvantageSM:

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-774-8592, TTY 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1.º de abril al 30 de septiembre, durante los fines de semana y días feriados, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz).

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece la cobertura HMO en Nuevo México, las coberturas HMO y HMO-POS en Illinois y las coberturas PPO en Illinois, Montana y Nuevo México. Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC) ofrece la cobertura HMO en Illinois. HCSC ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan y PPO Special Needs Plan en Nuevo México. HCSC Insurance Services Company (HISC) ofrece las coberturas HMO, PPO y Dual Care HMO Special Needs Plan en Texas. HISC ofrece la cobertura PPO en Nuevo México. GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO y PPO en Texas. HCSC ofrece todas las coberturas HMO y PPO como prestación laboral o a través de sindicatos. GHS Health Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO (BlueLincs), ofrece la cobertura HMO en Oklahoma. GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan y PPO en Oklahoma. HCSC, ILBCBSIC, HISC, GHSIC y BlueLincs son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ILBCBSIC, GHSIC y BlueLincs son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa New Mexico Medicaid. GHSIC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Oklahoma Medicaid. HISC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Texas Medicaid. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.