

## Fácil Inscripción

Este proceso puede tardar hasta cuatro semanas.

Si necesita información adicional, comuníquese con Atención al Cliente al **1-800-926-6565**.

(Los usuarios de equipo teleescritor [TTY] deben llamar al 1-800-955-8770). Podrá comunicarse de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Durante los Días Feriados Federales, deberá dejar un mensaje y nosotros le devolveremos su llamada en el transcurso de un día hábil. El departamento de Atención al Cliente ofrece servicios de interpretación de manera gratuita, disponibles para las personas que no hablan inglés.

Puede revocar la Opción de Pago Automático con previa notificación a nosotros y a su institución financiera 15 días antes de la fecha de vencimiento de su Prima.

1. Complete el Formulario de Autorización adjunto. Si tiene una cuenta conjunta que requiere dos firmas, ambas personas deben firmar el Formulario de Autorización.
2. Adjunte un cheque anulado de su cuenta de cheques o ahorros. No se puede hacer retiros de una cuenta de corretaje de fondos mutuos o libreta bancaria.
3. Complete el Formulario de Autorización y adjunte su cheque anulado o comprobante de depósito en el bolsillo adjunto. Doble el folleto, humedézcalo, séllelo y póngalo en el buzón.

## La forma de pagar sus facturas sin inconvenientes.



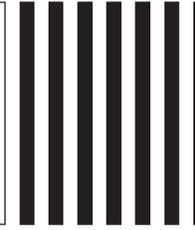
### Aproveche la conveniencia, la seguridad Opción de Pago Automático.

**Conveniencia:** retire automáticamente el pago de su Prima de su cuenta de cheques o ahorros, todos los meses. Nunca tendrá que preocuparse por olvidar un pago.

**Ahorros:** además de ahorrar un 1.5% en su Prima, ahorra tiempo, franqueo y viajes al buzón.

**Seguridad:** solo usted puede autorizar la Opción de Pago Automático. Además, podrá asegurarse de que su pago no se extravíe en el correo.

NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO 227 JACKSONVILLE, FL

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF FLORIDA  
DIRECT MEMBERSHIP AND BILLING DEPARTMENT  
OVER 65 UNIT  
PO BOX 45016  
JACKSONVILLE FL 32232-9840



Miembros del plan  
Suplementario  
BlueMedicare... les damos algo  
menos de qué preocuparse.

Inscríbese en nuestra  
**Opción de Pago Automático**

**Florida Blue**   
Su Blue Cross Blue Shield local

MEDICARE

# Formulario de Autorización de Pago Automático

Adjunte un cheque anulado o talón de depósito de cuenta de ahorros.

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_  H            
Número de Identificación de Miembro (solo la parte numérica)

¿El Titular de la Cuenta es el Solicitante? ( ) Sí ( ) No

Nombre de la Institución Financiera: \_\_\_\_\_

Dirección de la Institución Financiera: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del titular de la cuenta (se necesita para los pagos automáticos [ APO]):  
\_\_\_\_\_

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: ( ) De cheques ( ) De ahorros

Términos y condiciones

1. Al establecer la opción de pagos automáticos, autorizo a Florida Blue a iniciar débitos recurrentes o pagos de tarjetas de débito desde la cuenta proporcionada.
2. La cantidad descontada cada mes será el pago vigente en ese momento, lo que indique mi factura.
3. Todos los pagos recurrentes serán descontados automáticamente cada mes en la fecha de vencimiento indicada en mi factura mensual.
4. Este acuerdo se mantendrá vigente hasta que yo lo cancele o mi cobertura sea cancelada.
5. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento si llamo a Florida Blue al 1-800-352-2583
6. Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir correos electrónicos mensuales sobre mis pagos automáticos.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con los términos y condiciones mencionados.

Firma del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Firma del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Si el solicitante y el titular de cuenta no son la misma persona, se le puede pedir que proporcione documentación legal de la autoridad del titular de cuenta para iniciar pagos recurrentes de su cuenta (es decir, un cheque anulado, una carta de la institución financiera, etc.). Durante este período, remita el pago de las facturas en papel que pueda recibir.

**Arránquelo y guárdelo como constancia**

Fecha de envío del formulario: \_\_\_\_\_

Cheque anulado n.º: \_\_\_\_\_

Cuenta de débito: \_\_\_\_\_

Agradecemos su paciencia mientras procesamos su información de Pago Automático. Continúe pagando su factura de Florida Blue como de costumbre hasta que reciba nuestra carta de confirmación.



MEDICARE

(arriba)