



## Formulario de acuerdo de Transferencia electrónica de fondos (TEF)

Se puede acordar deducir los pagos de las primas del plan de manera automática y conveniente de su cuenta bancaria\* en **tres pasos fáciles**:

- 1) Lea este Formulario de acuerdo de Transferencia electrónica de fondos (TEF).
- 2) Complete este formulario.
- 3) **Regrese el formulario completo y un cheque no válido (si las deducciones se transfieren de una cuenta corriente) o un comprobante de depósito (si las deducciones provienen de una caja de ahorros) a la siguiente dirección:**

**Care Improvement Plus  
Attn: Premium Billing Department  
351 W. Camden Street, Suite 100  
Baltimore, MD 21201**

### **Opción de pago para la prima del plan mediante la Transferencia electrónica de fondos (TEF)**

Care Improvement Plus le recomienda pagar la prima mensual de su plan mediante la Transferencia electrónica de fondos (TEF). La prima mensual de su plan se transferirá electrónicamente de su cuenta bancaria a Care Improvement Plus, y de esta manera usted ahorrará tiempo y dinero. No es necesario ir la oficina de correos, firmar un cheque ni comprar estampillas.

La TEF es una manera simple y conveniente que se le ofrece para pagar la prima mensual de su plan y le garantiza pagos oportunos que evitarán una posible falta de cobertura. Además, sus pagos se efectúan aun si usted se encuentra fuera de la ciudad.

### **Elección de la opción de pago para la prima del plan mediante la TEF**

Para poder pagar la prima mensual de su plan de Care Improvement Plus mediante la TEF, complete, firme y regrese este Formulario de acuerdo de TEF. **Asegúrese de incluir un cheque no válido (si las deducciones se transfieren de una cuenta corriente) o un comprobante de depósito (si las deducciones provienen de una caja de ahorros) que contenga el número de su cuenta bancaria y el número de identificación del banco.** Una vez que Care Improvement Plus haya procesado este formulario de TEF, sus pagos se deducirán de su cuenta entre los días 5 y 7 de cada mes. La primera deducción también incluirá cualquier saldo pendiente en su cuenta.

Para obtener más información sobre nuestra opción de pago para la prima del plan mediante TEF, llame al 1-800-204-1002 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

\* En este formulario, el término "bancaria" incluye todos los tipos de instituciones financieras de depósito.

# Acuerdo de TEF

Por medio del presente, autorizo a Care Improvement Plus a iniciar transferencias de fondos para pagar la prima mensual de mi plan de mi cuenta bancaria\* que se indica a continuación, y autorizo a mi banco a realizar estas transferencias.

## Información del solicitante/miembro

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Identificación del miembro (si corresponde) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

## Información del titular de la cuenta bancaria (si la información es diferente a la del solicitante/miembro)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del banco \_\_\_\_\_

(En letra de imprenta como aparece en la cuenta bancaria)

Número de identificación del banco \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Sucursal \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la sucursal \_\_\_\_\_

## Fondos de la cuenta para ser transferidos de (marque solo una opción):

**Cuenta corriente** (para las deducciones de TEF de su cuenta corriente, simplemente adjunte un cheque no válido).

**Caja de ahorros** (para las deducciones de TEF de su caja de ahorros, simplemente adjunte un comprobante de depósito que incluya el número de su cuenta y el número de identificación del banco).

Comprendo que la transferencia de fondos se realizará entre los días 5 y 7 de cada mes. Comprendo que la primera deducción también incluirá cualquier saldo pendiente en mi cuenta a partir de la fecha de entrada en vigencia de mi inscripción o del cambio a la TEF. Comprendo que tengo derecho a cancelar el pago de una transferencia de mi cuenta bancaria a Care Improvement Plus y que debo notificárselo a mi banco al menos 3 días antes de la fecha programada del pago.

Acepto indemnizar y eximir a Care Improvement Plus de la responsabilidad de cualquier reclamación que surja de las transferencias o las deducciones de mi cuenta conforme a este acuerdo. Comprendo que este acuerdo continuará en vigencia hasta que Care Improvement Plus haya recibido un aviso por escrito de mi parte que indique que debe cancelarse. Este aviso debe enviarse con una anticipación mínima de 30 días antes del siguiente pago programado.

Diagrama de un cheque con los números de identificación del banco y de la cuenta bancaria circulados. El cheque muestra: "Your Name 1234 Somestreet Anytown, USA 12345", "DATE \_\_\_\_\_", "CHECK #0001", "PAY TO THE ORDER OF: \_\_\_\_\_", "\$ \_\_\_\_\_", "DOLLARS", "MEMO \_\_\_\_\_", y los números "123456789" y "000123456789" circulados.

Número de identificación del banco

Número de cuenta bancaria

Diagrama de un comprobante de depósito con los números de identificación del banco y de la cuenta bancaria circulados. El comprobante muestra: "Your Name 1234 Somestreet Anytown, USA 12345", "DATE \_\_\_\_\_", "CURRENCY", "CHECKS", "TOTAL ITEMS", "\$ \_\_\_\_\_", y los números "123456789" y "000123456789" circulados.

Número de identificación del banco

Número de cuenta bancaria

Firma del solicitante/miembro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

\* En este formulario, el término "bancaria" incluye todos los tipos de instituciones financieras de depósito.