

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Tenemos que recibir este formulario antes del día 15 del mes previo a la fecha en que se retirará de su cuenta. Por ejemplo, si usted desea que empecemos a retirar el monto de su cuenta el 1º de febrero, tenemos que recibir el formulario el día 15 de enero o antes. Si recibiéramos este formulario después del 15 del mes, no podremos retirar el monto de su cuenta hasta el primer día del mes **siguiente**. Por favor complete todas las partes de este formulario. **No se procesarán los formularios incompletos y se devolverán.**

He solicitado un Plan Individual/Familia y estoy completando este formulario para realizar el pago por esa póliza.

Nombre: _____ Identificación de miembro: _____

Dirección de Correo Postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Por la presente autorizo a New Mexico Health Connections (NMHC) a realizar débitos en la cuenta corriente o de ahorro que se indica a continuación y solicito a la Institución financiera mencionada a continuación a debitar el dinero de esa cuenta. Se guardará esta información para los pagos siguientes y se debitará de la cuenta indicada el monto de la prima mensual. Soy un suscrito autorizado de la cuenta que se indica a continuación.

Tipo de cuenta: Corriente De ahorros

Mes para comenzar el giro bancario: _____ (Su cuenta girará el **primer** día hábil del mes.)

Nombre de la Institución financiera	Dirección de la Institución financiera
Nombre de la Cuenta/Nombre en la Cuenta	
Número de ruta y tránsito bancario de la Institución Financiera (9 dígitos – ver diagrama de abajo)	Número de cuenta (Ver diagrama de abajo)

PARA CUENTAS CORRIENTES ÚNICAMENTE:

Si utiliza una cuenta corriente, **deberá** adjuntar un cheque anulado para institución financiera y verificación de información de la cuenta.

Su nombre	Cheque #123
Su dirección	
Su Ciudad, Estado, Código postal	
Pagar a la orden de:	
Adjuntar un cheque anulado sin firmar aquí (si se aplica)	
En la suma de:	Dólares
Nombre de la Institución financiera	
Para:	
: 123456789 :	00998765432

Este es el Número de ruta y tránsito bancario de su banco.
Este es su Número de cuenta.

PARA PAGAR CON SU TARJETA DE CRÉDITO, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN.

El nombre del titular: _____

El número de tarjeta: _____ Visa Mastercard Discover

La fecha de caducidad: _____ CVV (valor de verificación de tarjeta): _____

Esta autorización tendrá validez hasta que New Mexico Health Connections haya recibido una notificación por escrito de su revocación en la manera y con la anticipación tal que permita a New Mexico Health Connections una oportunidad razonable de tomar los recaudos necesarios.

Nombre (escribir con letras de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe su formulario completado a New Mexico Health Connections, Atención: Finance, P.O. Box 36719, Albuquerque, NM, 87176, o fax a 1-888-966-0450.