

Nuestro servicio de pagos bancarios mensual hace que los abonos a las primas sean fáciles y convenientes para usted. En tan solo unos pasos, lo ayudaremos a efectuar sus pagos a tiempo y correctamente.

- Llene la información que se le solicita a continuación.**
- Envíe por correo este formulario de autorización lleno a:**

Arkansas Blue Cross and Blue Shield
EES Membership Financial
 P.O. Box 34320
 Little Rock, AR 72203-4320

por fax: 501-210-7011

por email: EESDrafts@arkbluecross.com

IMPORTANTE: Lea Antes de Firmar

Por la presente, autorizo a Arkansas Blue Cross and Blue Shield, USABLE Life y al BANCO que se indica a continuación para que debiten mis primas de seguro de Arkansas Blue Cross y/o USABLE Life de mi cuenta corriente o de ahorros que se indica a continuación. La presente autorización permanecerá totalmente vigente y en efecto hasta que mi BANCO reciba notificación mía por escrito sobre la Terminación del Programa de Pagos Automáticos Previamente Autorizados (*Pre-Authorized Bank Draft Program*) de tal forma y en tal momento que el BANCO tenga la suficiente oportunidad de actuar al respecto o hasta que el BANCO me envíe una notificación por escrito y con diez (10) días de anticipación sobre la intención del BANCO de terminar este acuerdo.

Comprendo que al revocar el Programa de Pagos Automáticos Previamente Autorizados (*Pre-Authorized Bank Draft Program*) después de haber otorgado mi consentimiento, estaré dando por terminada además mi cobertura con Arkansas Blue Cross y/o USABLE Life. A MENOS QUE Arkansas Blue Cross y/o USABLE Life haya recibido notificación por escrito sobre mi intención de continuar con la cobertura mínimo veinte (20) días antes de la siguiente fecha programada para el Programa de Pagos Automáticos Previamente Autorizados.

Comprendo que me cobrarán un cargo por insuficiencia de fondos por todo pago devuelto a Arkansas Blue Cross por no tener yo suficientes fondos en la cuenta para cubrirlo.

Información del Asegurado

Primer Nombre _____ Apellido _____

Domicilio _____
 Calle _____ Número de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Identificación del Miembro de Arkansas Blue Cross and Blue Shield (Member ID #) _____

Marque una de las siguientes opciones:

- Actualmente, la prima del asegurado **no** se está deduciendo automáticamente del banco.
- Actualmente, la prima del asegurado se está deduciendo automáticamente del banco y la información de la cuenta ha cambiado.

Información de la Cuenta Bancaria

Nombre del Banco _____

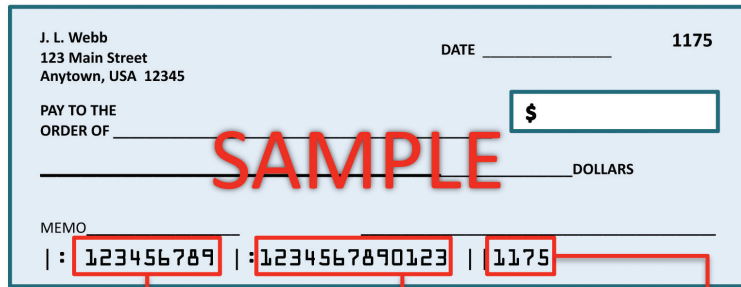
Nombre del Cuentahabiente _____

(De ser diferente al nombre del asegurado)

Código del Banco _____

Número de Cuenta _____

Tipo de Cuenta: Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros



Código del Banco

Número de Cuenta

Número de Cheque

Firma

Firma _____ Fecha _____

Firma del Cuentahabiente

Después de que Arkansas Blue Cross reciba y procese este formulario de autorización lleno, usted recibirá una carta proporcionándole la fecha de vigencia de su primer pago programado. Esperamos que este servicio de pagos bancarios automáticos le parezca valioso. Es un placer servirle. ¡Muchísimas gracias por su confianza en nosotros!

For Office Use Only (please do not write in this space)

ID NO.	EFFECTIVE DATE



Arkansas
BlueCross BlueShield
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

USABLE Life es una empresa independiente y opera aparte de Arkansas Blue Cross and Blue Shield. USABLE Life no vende ni presta servicios a los productos de Arkansas Blue Cross and Blue Shield. USABLE Life es responsable únicamente por las pólizas de vida a término (*term life*) y de enfermedades críticas (*critical illness*) a las que se hace referencia en su póliza de seguro.