



FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO AUTOMÁTICO (ACH)

IMPORTANTE:

- 1. A fin de ser elegible para el pago recurrente automático (ACH), debe pagar la cobertura del mes actual y la próxima prima adeuda debe corresponder a un mes posterior. En caso de que desee utilizar ACH para pagar la primera prima adeudada, comuníquese con Servicios para Miembros de MHS al 877-647-4848 a fin de confirmar su elegibilidad. Tenga en cuenta que ACH solo está disponible para los períodos de facturación mensual.
2. Complete la Sección 1: Información del Participante.
3. Adjunte un cheque anulado (o una fotocopia de este). No podemos aceptar comprobantes de depósitos.
4. Complete la Sección 2, en caso de que no proporcione un cheque anulado.
5. Complete la Sección 3 y envíe por fax el formulario con su cheque anulado a Procesamiento de ACH de MHS al 833-455-2286 o por correo postal a la dirección que aparece a continuación.
6. Tenga en cuenta que, después de agregar su ACH, necesitamos recibir una notificación, al menos, 10 días antes del primer día del mes.
7. Tenga en cuenta que, en caso de cancelar o cambiar su ACH, necesitamos recibir una notificación de su solicitud, al menos, 15 días antes del primer día del mes. En caso de que su solicitud se reciba después de los plazos establecidos, es posible que continuemos con el procesamiento de su ACH de forma habitual.
8. No podemos procesar formularios incompletos.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Form with three checkboxes: AÑADIR AUTORIZACIÓN, CANCELAR AUTORIZACIÓN, and CAMBIAR AUTORIZACIÓN, each with a field for 'A partir del:'.

Nombre Completo: (en letra imprenta de forma clara) and Últimos 4 dígitos del SSN:

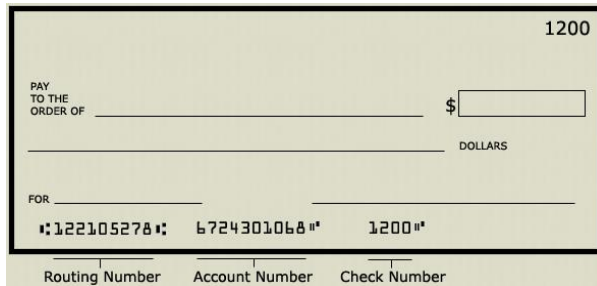
Número de Teléfono: and Número de ID del miembro:

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA

Nombre del Banco: and Tipo de Cuenta (marque una opción) with checkboxes for CORRIENTE and DE AHORRO.

Número de Enrutamiento:

Número de Cuenta:



SECCIÓN 3: FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Firma del Titular Autorizado de la Cuenta and Fecha

Autorizo a MHS Power Account ("Empresa") para realizar un cargo en mi cuenta corriente o de ahorro por el pago recurrente programado a través de ACH. Se debe realizar el cargo de mi pago recurrente programado el quinto día de cada mes (o el siguiente día hábil). Entiendo que el monto de mi pago programado puede cambiar en el futuro en caso de que, por ejemplo, cambie la prima de mi seguro o la cantidad de dependientes, y autorizo a la Empresa a que realice cargos por montos equivalentes al pago de la prima obligatoria nueva más los cargos por servicios adicionales, según corresponda. Entiendo que puedo acceder en cualquier momento a la información sobre el monto de mi pago recurrente programado y que recibiré una notificación con las modificaciones en los pagos de las primas. Esta autorización permanecerá en plena vigencia hasta que la Empresa haya recibido una notificación por escrito de mi parte para su terminación en un plazo y manera correspondiente, a fin de que la Empresa tenga una oportunidad razonable para actuar en consecuencia. Entiendo que los cargos automáticos se detendrán de forma automática en caso de que, por cualquier motivo, mi cobertura finalice o se dé por terminada o el cargo automático sea rechazado.

Devuelva Este Formulario y Cheque a: MHS Power Account, ACH Processing Department, PO Box 2983, Omaha, NE 68103-2983, FAX: (833)455-2286. Las Preguntas y los Problemas de Asistencia Restantes: MHS Power Account, PO Box 2246, Fargo, ND 58108-2246, FAX: (833)455-2286.

Fecha de Recepción: and Fecha de Procesamiento: Procesador: