

Opción de pago

automático para empresas



Puede pagar su prima de Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS) y/o Advance Insurance Company of Kansas (AICK) de manera automática.

Active la opción de pago automático completando esta autorización e incluya:

- Su número de cuenta corriente o de ahorro **empresarial**.
- **Un cheque anulado o un recibo de depósito preimpreso de su cuenta personal.**

Una vez que recibamos su formulario de autorización, su próximo pago de la prima será deducido de su cuenta el día 28 (o después) del mes anterior a la cobertura. La deducción aparecerá en su próximo estado de cuenta.

Si tiene otras coberturas con BCBSKS, dichas primas aparecerán en su próximo estado de cuenta. Puede cancelar la opción de pago automático llamando a su institución financiera y/o BCBSKS. Si tiene cobertura a través de AICK, comuníquese con ellos en advanceinsurance.com.

Rellene y adjunte con su formulario de inscripción o envíelo a:

Blue Cross and Blue Shield of Kansas
1133 S.W. Topeka Blvd., Topeka, KS 66629

Esta Autorización de pago automático es para:

- Solo para todas las primas de BCBSKS Todas las primas de BCBSKS y AICK Solo para primas de AICK

Sección 1: Información comercial

Nombre comercial

Dirección

Dirección de correo electrónico

Ciudad

(____) ____ - ____
Número de teléfono de la empresa Número de grupo

Estado Código postal +4

Sección 2: Institución financiera

Nombre

Deducir de cuenta: Corriente Ahorros

Dirección

Número de enrutamiento

Ciudad

Número de cuenta

Estado Código postal +4

Consulte su factura en línea a través de nuestra función segura de facturación electrónica.

(____) ____ - ____
Número de teléfono

Recibirá por correo un nombre de usuario y una contraseña para eBilling. Una vez recibido, visite <https://bcbsks.securebilling.com/> para empezar.

Importante: Para la cobertura de grupo, el cheque anulado o el recibo de depósito debe proceder de su cuenta empresarial.

Por la presente autorizo a Blue Cross and BlueShield of Kansas y/o Advance Insurance Company of Kansas, licenciatarios independientes de Blue Cross **Blue Shield** Association, a cargar a mi cuenta el pago mensual de las primas. Si el ingreso de algún giro fuera rechazado por cualquier motivo, o el giro se hizo después de que se haya retirado la autorización del depositante, Blue Cross and Blue Shield of Kansas y/o Advance Insurance Company of Kansas aceptan que la institución financiera quedará eximida de cualquier responsabilidad.

Se requiere su firma

Dueño de la cuenta corriente/ahorros

____/____/____
Fecha de la firma

Nombre escrito en letra de molde

Solo para uso de oficina
Grupo/MPN _____
ID _____