Balance by CCHP

445 Grant Ave., San Francisco, CA 94108
Tel: (415) 955-8800 • Fax: (415) 955-8817

CCHP use only
Finance: Entry date _____
Member Services: Recv'd date _____
DST entry date _____

華人保健計劃
個人/家庭及公司團體保健計劃銀行自動轉帳授權書

(請填寫以下表格內的資料)

會員資料

會員姓名: _____
(跟保健咭上相同)

華人保健計劃會員號碼: _____ 電話: _____

住址: _____ 城市: _____

州: _____ 郵遞區號: _____ 電郵地址: _____

銀行資料

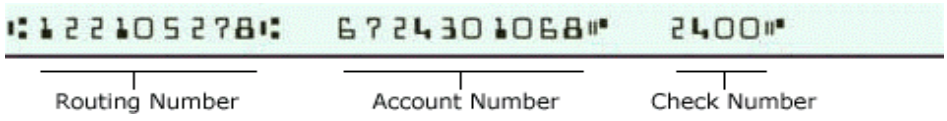
銀行名稱 : _____

戶口持有人姓名: _____ 賬戶類別: □支票 □儲蓄

銀行號碼: _____ 戶口號碼: _____

開始自動轉帳月份: _____

請在此附上取消支票一張或存款單以確保資料準確。
我們將會用此資料於閣下戶口中每月扣除保費。



注意：如閣下選擇自動轉帳收到保健月費的賬單，請不用寄回保費。自動轉帳金額是帳單上的總金額，而閣下的銀行月結單的過數記錄，已是你保健月費付款的證明。若在轉帳當日，閣下的戶口由於資金不足，凍結或關閉，而引致華人保健不能收取保費，閣下須付$15 元手續費。

閱讀後請簽名
這是華人保健計劃與個人及家庭、商業保健計劃會員參加自動轉帳的合約書。款項將會於或大約在每月的廿五號轉到華人保健計劃的銀行戶口內。如果轉帳是週末或假日，自動轉帳則將在下一個工作日從您的帳戶中扣除。 本人授權華人保健計劃從本人以下列的銀行戶口內轉帳保費。我明白如果本人決定取消這項轉帳服務，本人必須以書面通知華人保健計劃。 簽名:_____日期:_____
提交此自動轉帳授權表格連同一張取消支票或存款單，請傳真到 1-415-955-8817 或郵寄回到華人保健計劃，445 Grant Ave, San Francisco, CA 94108。 請於本月十日之前提交此表格以便自動轉帳於下月開始。如有任何問題，或需要幫助填寫此表格，致電會員服務部 1-888-775-7888，聽力殘障人士可致電 TTY 1-877-681-8898 (星期一至五，早上八時至晚上八時)。

<u>其他支付月費方式</u>：

地點 / 付款方式	信用卡 銀行卡	個人支票 銀行本票 匯票	現金	網上付款講解
華人保健計劃 (CCHP) 445 Grant Ave, #700, San Francisco, CA 94108		○ **郵寄**		
會員服務中心 890 Jackson St, San Francisco, CA 94133	○ **親身**	○ **親身**		○ **親身**
Gellert 華康醫務中心 386 Gellert Blvd, Daly City, CA 94015	○ **親身**			○ **親身**
建東銀行 1023 Stockton St, San Francisco, CA 94108			○ **親身** **需攜帶付款存根**	
CCHP 網站 http://cchphealthplan.com/how-to-pay	○ **電子**			