

**AUTORIZACIÓN PARA GIRAR CHEQUES CONTRA MI CUENTA**

Como una conveniencia para mí, autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. a cargar a mi cuenta un pago único o pagos mensuales recurrentes en el Banco (u otra institución financiera) que he nombrado. También autorizo al Banco a debitar el monto de dichos cargos a mi cuenta.

Entiendo y acepto que:

1. El derecho del Banco respecto a cada cargo será el mismo que si se ejecuta personalmente por mí.
2. Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que se notifique por escrito a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. que deseo revocarla. Le concederé a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. treinta (30) días para actuar sobre este aviso.
3. Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. y mi banco pueden interrumpir este servicio.
4. Yo entiendo que si cualquier cheque es rechazado por mi Banco y cualquier monto mensual adeudado a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. no se paga dentro del plazo estipulado en la póliza, la póliza podría ser rescindida conforme a lo dispuesto en la póliza.

**X**

(Nombre – Por favor utilice letra de molde)

**X**

(Firma)

(Fecha)

(Número de Contrato o Número de Solicitud)

(Fecha Efectiva del Giro)

(Contrato Provisional/  
Giro Inicial)

(Giros Mensuales Recurrentes)

(Nombre del Banco o Institución Financiera)

(Ciudad)

(Número de Cuenta Corriente)

(Número de Ruta)

**Adjunte un cheque en blanco que diga "Void"**

Envíe por fax al: (225) 298-1609

*Nota: Para poder establecer los giros bancarios, su cuenta no puede tener montos adeudados.*

**AUTORIZACIÓN PARA GIRAR CHEQUES CONTRA MI CUENTA**

Como una conveniencia para mí, autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. a cargar a mi cuenta un pago único o pagos mensuales recurrentes en el Banco (u otra institución financiera) que he nombrado. También autorizo al Banco a debitar el monto de dichos cargos a mi cuenta.

Entiendo y acepto que:

1. El derecho del Banco respecto a cada cargo será el mismo que si se ejecuta personalmente por mí.
2. Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que se notifique por escrito a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. que deseo revocarla. Le concederé a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. treinta (30) días para actuar sobre este aviso.
3. Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. y mi banco pueden interrumpir este servicio.
4. Yo entiendo que si cualquier cheque es rechazado por mi Banco y cualquier monto mensual adeudado a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su afiliada, HMO Louisiana, Inc. no se paga dentro del plazo estipulado en la póliza, la póliza podría ser rescindida conforme a lo dispuesto en la póliza.

**X**

(Nombre – Por favor utilice letra de molde)

**X**

(Firma)

(Fecha)

(Número de Contrato o Número de Solicitud)

(Fecha Efectiva del Giro)

(Contrato Provisional/  
Giro Inicial)

(Giros Mensuales Recurrentes)

(Nombre del Banco o Institución Financiera)

(Ciudad)

(Número de Cuenta Corriente)

(Número de Ruta)

**Adjunte un cheque en blanco que diga "Void"**

Envíe por fax al: (225) 298-1609

*Nota: Para poder establecer los giros bancarios, su cuenta no puede tener montos adeudados.*