



Formulario de Transferencia Bancaria



Formulario de Transferencia Bancaria: Si desea que IMG use Depósito Directo para enviar un reembolso por reclamos médicos u otros gastos médicos reembolsables que usted pago como miembro, por favor, indique a continuación, completando los detalles de la información bancaria y de la transferencia.

Nombre del miembro: _____

NSPID o Número de identificación IMG (Member ID)*: _____

Nombre del titular de la cuenta (exactamente como aparece en la cuenta): _____

Número de cuenta bancaria: _____ Número de ruta bancaria: _____

Nombre del banco: _____ Número de teléfono del banco: _____

Dirección del banco: _____

* El número de identificación de miembro IMG se puede encontrar en su tarjeta de identificación emitida por IMG. El NSPID es su número de identificación personal emitida por AmeriCorps; usted puede encontrar este número, accediendo a su cuenta en el portal My AmeriCorps.

Por medio de la presente autorizo a International Medical Group, Inc. (IMG) acreditar mi cuenta electrónicamente para el reembolso de los gastos médicos elegibles bajo el Programa de Beneficios de Salud AmeriCorps NCCC. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigencia hasta que sea revocada por mí por escrito.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Puede enviar el formulario completado a IMG por:

Correo electrónico a: NCCCcare@imglobal.com

Fax al: (855) 851-2971

Correo postal a: IMG
PO Box 88506
Indianapolis, IN 46208

Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? **Propósitos** – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. **Usos de Rutina** – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. **Consecuencias de no divulgar** – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad: Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímil. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.