



## 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](mailto:NCCCcare@imglobal.com)

**Fax al:** (855) 851-2971

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