



{ **Formulario de transferencia bancaria** }

Solicitud de transferencia bancaria ACH: Si desea que IMG use Direct Deposit para enviar un reembolso por reclamos médicos u otros costos médicos reembolsables abonados por usted como socio, indíquelo a continuación completando todos los detalles de la información bancaria y de la transferencia.

Nombre del socio: _____

Identificación de socio de IMG o NSPID: _____

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

Número de cuenta bancaria: _____ Número de identificación del banco: _____

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

Dirección del banco: _____

*Puede encontrar la identificación de socio de IMG en la tarjeta de identificación que le envió IMG. El NSPID es su número de identificación personal que le envió AmeriCorps; puede encontrar este número accediendo a su cuenta en el portal My AmeriCorps.

Por medio del presente, autorizo a International Medical Group, Inc. (IMG) a acreditar de forma electrónica el reembolso de los costos médicos aptos, según corresponda, conforme al programa de beneficios médicos de AmeriCorps VISTA. Entiendo que la presente autorización tendrá vigencia hasta que la revoque por escrito.

Firma del socio: _____ Fecha: _____

Puede enviar el formulario completo a IMG por:

Correo electrónico: vistacare@imglobal.com

Fax: (855) 851-2971

Correo postal: IMG

P.O. Box 88506

Indianapolis, IN 46208