



Acuerdo de Autorización para Depósito Directo del Acuerdo de Reembolso de Gastos de Salud (HRA)

Por favor tenga en cuenta que: Usted puede inscribirse para depósito directo electrónico al ingresar a su cuenta HRA (siglas en inglés) en **www.magnacare.wealthcareportal.com**. Si prefiere, puede usar este formulario y presentar el formulario completo en la dirección que figura abajo.

Yo, por el presente autorizo a MagnaCare a iniciar el depósito de los reembolsos de mi acuerdo de reembolso por gastos de salud (HRA) a la(s) cuenta(s) bancaria(s) indicadas abajo y, de ser necesario, debitar ingresos y ajustar cualquier crédito realizado por error en mi(s) cuenta(s).

Por favor adjunte una copia de un cheque anulado si usted elige que le envíen el reembolso a su cuenta corriente. Si usted elige que le envíen el reembolso a su cuenta de ahorros, por favor contacte a su banco para solicitar el Número de Ruta y Tránsito bancario ABA.

Esta cuenta es (Por favor marque una de las siguientes opciones):

Nueva _____ Cambio _____ Cancelación _____

Número de Ruta/Tránsito ABA

Número de Cuenta

Tipo de Cuenta (Corriente o Ahorros)

Nombre del Banco, Dirección y Número de Teléfono:

Por favor escriba su nombre con letra de molde: _____

Identificación alternativa o Número de Seguro Social: _____

Firma

Fecha

ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO COMPLETO A:

MagnaCare
PO Box 161357, Altamonte Springs, FL 32716
855-405-3863
Fax# 844-791-8316