

# Automatic Payment Authorization Form



Member/Group Name: \_\_\_\_\_

DOB (if applicable): \_\_\_\_\_

Member or Group ID Number: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

PO Box 91110, Attn: Premium Billing

Sioux Falls, SD 57109-1110

(888) 845-4468 | TTY: 711

Fax: 605-328-6812

Email:

[SHPBillingandEnrollment@SanfordHealth.org](mailto:SHPBillingandEnrollment@SanfordHealth.org)

## Instructions:

Please complete the information below and return this form with a voided check or savings deposit slip to the address above. If emailing or faxing, a scanned copy of this form and a scanned copy of the voided check or savings deposit slip is acceptable. Please include payment for the current month's premium (if due) when returning this form.

## Withdrawal dates:

- 5<sup>th</sup> of each month for Medicare Advantage policies, for group policies, and for other clients
- 10<sup>th</sup> of each month for policies purchased through an agent or direct from Sanford Health Plan
- 20<sup>th</sup> of each month for Marketplace (ACA Exchange) policies

## By signing below, I acknowledge and understand:

- Sanford Health Plan will withdraw the health insurance premium due on the date specified above.
- If any past due premium is owed, the entire balance due will be withdrawn.
- All payments made via automatic payment will be applied to the oldest balance due.
- If I want to cancel this automatic withdrawal, I must notify Sanford Health Plan by phone at least **5 days** prior to the scheduled withdrawal.
- If my payment is returned, automatic withdrawals will be stopped until I notify Sanford Health Plan. Other payment arrangements must be made for any past due amounts prior to reinstatement of automatic payments.

## For Marketplace policies only:

I also acknowledge and understand:

- If I receive a subsidy or changes are made to my plan, which the monthly withdrawal amount may change as the Marketplace (ACA Exchange) notifies Sanford Health Plan of the amount due each month.
- If Sanford Health Plan is notified of a subsidy amount change (if applicable) after the 15<sup>th</sup> of each month, additional funds may be owed or due. If this occurs, the amount withdrawn on my due date will be adjusted and include any credit or additional amount owed.

## For Groups only:

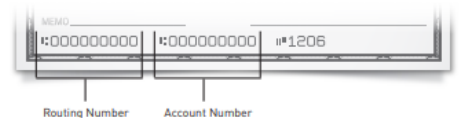
If you are a new group to Sanford Health Plan, please use the receipt of a premium invoice as an indicator that your first automatic draft will post on time. If you do not receive an invoice around the 20<sup>th</sup>, your first and second month's premiums will be drafted on the 5<sup>th</sup> of the following month.

I authorize **Sanford Health Plan** to initiate monthly, electronic debit entries to the bank account as shown below. This Automatic Payment Authorization Form will remain in force until Sanford Health Plan is contacted as outlined above.

Bank Name \_\_\_\_\_  Checking Account  Savings Account

Bank Address \_\_\_\_\_

Routing Number \_\_\_\_\_ Account Number \_\_\_\_\_



Member or Employer Name (please print) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

# Formulario de autorización de pago automático



Nombre del miembro/grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (si corresponde): \_\_\_\_\_

Número de identificación del miembro o grupo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

PO Box 91110, Attn: Premium Billing Sioux Falls, SD 57109-1110  
(888) 845-4468 | TTY: 711  
Fax: 605-328-6812  
Correo electrónico: SHPBillingandEnrollment@SanfordHealth.org

## Instrucciones:

Complete la información que aparece a continuación y envíe este formulario con un cheque anulado o un comprobante de depósito de ahorros a la dirección mencionada anteriormente. Si lo envía por correo electrónico o por fax, aceptamos una copia escaneada de este formulario y una copia escaneada del cheque anulado o del comprobante de depósito de ahorros. Incluya el pago de la prima del mes actual (si lo adeuda) cuando envíe este formulario.

## Fechas de los débitos:

- El día 5 de cada mes para las pólizas de Medicare Advantage, para las pólizas de grupo y para otros clientes
- El día 10 de cada mes para las pólizas contratadas a través de un agente o directamente de Sanford Health Plan
- El día 20 de cada mes para las pólizas del Mercado (en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio [ACA])

## Si firmo abajo, reconozco y entiendo lo siguiente:

- Sanford Health Plan debitará la prima del seguro médico que se debe pagar en la fecha indicada anteriormente.
- Si se adeuda alguna prima vencida, se debitará la totalidad del saldo adeudado.
- Todos los pagos realizados mediante pago automático se aplicarán al saldo adeudado más antiguo.
- Si deseo cancelar este débito automático, debo notificar a Sanford Health Plan por teléfono al menos **5 días** antes del débito programado.
- Si se devuelve mi pago, los débitos automáticos se interrumpirán hasta que notifique a Sanford Health Plan. Antes de restablecer los pagos automáticos, deben hacerse otros acuerdos de pago para los montos vencidos.

## Solo para pólizas del Mercado:

También reconozco y entiendo lo siguiente:

- Si recibo un subsidio o se realizan cambios en mi plan, el monto del débito mensual puede cambiar a medida que el Mercado (en virtud de la ACA) notifique a Sanford Health Plan el monto adeudado cada mes.
- Si se notifica a Sanford Health Plan de un cambio en el monto de un subsidio (si corresponde) después del día 15 de cada mes, es posible que se adeuden o deban fondos adicionales. Si esto ocurre, el monto debitado en la fecha de vencimiento se ajustará e incluirá cualquier crédito o monto adicional adeudado.

## Solo para grupos:

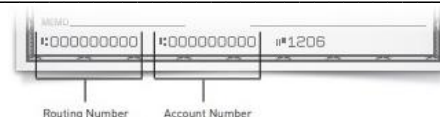
Si su grupo es nuevo en Sanford Health Plan, utilice el recibo de una factura de prima para indicar que su primer giro automático se contabilizará a tiempo. Si no recibe una factura cerca del día 20, las primas del primer y segundo mes se girarán el día 5 del mes siguiente.

**Autorizo a Sanford Health Plan a iniciar entradas mensuales de débito electrónico en la cuenta bancaria que figura a continuación. Este Formulario de autorización de pago automático permanecerá vigente hasta que se comunique con Sanford Health Plan como se indica anteriormente.**

Nombre del banco \_\_\_\_\_  Cuenta corriente  Cuenta de ahorros

Dirección del banco \_\_\_\_\_

Número de ruta \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_



Nombre del miembro o empleador (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_