

스폰서

이름: []
전화: []
사업자 번호: []



Association Health Care Management, Inc. d/b/a Family Care is the discount medical plan organization.
11111 Richmond Ave., Suite 200, Houston, Texas 77082
Phone: 800.323.4057 Fax: 713.400.0099
헤밀리 케어 초이스 회원 가입서

회사 전용

FN: []
CATG: [] IMA#: []
COMM: []

이 플랜은 보험이 아니며 보험을 대신하는 프로그램 또 한 아닙니다.
회원 인적 사항 (정자로 기록할 것)

날짜: ___/___/___ 생년월일: ___/___/___
성: _____ 명 (이름): _____ 중간명 약자: _____
주소: _____ 아파트 번호: _____
시: _____ 주: _____ 지역 번호 (짚 코드): _____
집전화: _____ - _____ - _____ 직장 전화: _____ - _____ - _____
이 메일 :: _____
[사용 언어] []영어 []스페니쉬 []한국어

(By including email address, the member consents to receiving updates/changes in discount program and/or discounted rates by email.)

가족 사항 (기록란이 부족할 경우 별지 사용 하실 것)

배우자 명: _____ 배우자 성: _____ 생년월일: ___/___/___
가족: _____ 가족: _____
생년월일: ___/___/___ 생년월일: ___/___/___
가족: _____ 가족: _____
생년월일: ___/___/___ 생년월일: ___/___/___

혜택 내용

헤밀리 케어 초이스 플랜
\$99.95 월 회비
\$90.00 회원 가입비(단 1회)

건강 혜택 서비스

- 1. 전문의료 혜택
- 의사 (일반의/전문의)
- 소아과
- 발 전문의 할인
- 척추 신경
- 치과
- 검안
- 보청
- 처방약 할인
- \$20.00 일반 처방약 할인

2. 외래 환자 서비스

- 물리치료
- 직업병
- 정신 건강

3. 각종 진단 서비스

- 초정밀 무료 혈액검사
- 각종 혈액/소변 검사
- 엑스레이, 엠알아이, 씨티 촬영

기타 서비스

- 병원비 재조정
- 법률 상담
- 애완동물 서비스

은행 구좌/신용 카드 (지불 방식을 하나 선택 하십시오)

[]매달 []분기별 []6개월 []1년

[] 은행 자동 이체 혹은 현금 결제 카드 (한 가지 선택) 당좌예금 계정 구좌
예금주 이름 _____
은행명: _____ 은행 번호: _____ 구좌 번호: _____

[] 신용 카드 []비자 []마스터 카드 []디스커버 []어메리칸 익스프레스 카드 번호: _____
카드에 명기된 이름 _____
사용 기한: ___/___ 카드 확인 번호: _____ (크레딧 카드 싸인 라인위 마지막 3 자리수/ 마스터 카드는 4 자리 수)

본인은 헤밀리 케어 혹은 그 법정 대리인으로 하여금 내 구좌 또는 본인이 지정한 은행 구좌에서 자동 이체 혹은 위 명기된 신용 카드를 통해 한 번의 가입비 (월 불입금 포함) 및 매달 회비를 청구함을 수락합니다. 또한 멤버십 걸봉투에 찍힌 우체국 소인날로부터 45일 이내로 팩스나 우편으로 보험 해지를 요청할 경우 환불 가능함을 인지합니다. 단 수수료 \$30.00 은 상환되지 않습니다.

[] 지불 구좌가 본인 명의로 되어 있지 않은 경우에는 작은 박스에 체크 하십시오
X [] 지불인 서명 (직원일 경우 반드시 고용주가 서명할 것)

[] 수표 수표로 불입하시는 분을 위한 청구서는 분기별로(석달에 한번) 청구서가 발부되오니 양지하시기 바람.
[] 분기별 (첫 불입금에 3개월분 회비 포함) [] 6개월 (첫 불입금에 6개월분 회비 포함) [] 1년 (첫 불입금에 1년분 회비 포함)

본인은 헤밀리 케어가 보험이 아님을 인지하고 있습니다. (이니셜)
본인은 헤밀리 케어 회원 가입을 신청합니다.

X [] 가입인 서명 날짜: _____
건강 플랜 혜택에 관한 상세한 내용과 요강은 멤버십 안내 책자를 참조해하시기 바랍니다.

1회 가입비: []
월회비: []
(월불입금 X 달 수)
총 불입액수: []

* 스폰서는 멤버님께 이 플랜을 판매한 사람을 지칭함

영어 안내는 뒷면을 참조하십시오.