

Direct Deposit Authorization Form

For Flexible Spending Accounts and Health Reimbursement Accounts

MAIL TO:
Blue Cross and Blue Shield of Florida
Spending Account Administration
P.O. Box 45132
Jacksonville, FL 32232-5132
Customer Service: (800) 753-4681

Please **PRINT** all information below:

Request Type: Start Direct Deposit Stop Direct Deposit Change Direct Deposit

Employer Name: _____

Employee Name: _____ **SSN:** _____
Last, First

Work Phone: _____ **Home Phone:** _____

Name Of Financial Institution: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Bank Transit/Routing Or ABA Number: _____
(From Bottom, Left of voided check)

Bank Account Number: _____
(From Bottom, Right of voided check)

Type Of Account: ____ Checking ____ Savings (Check one only)

I understand that Blue Cross and Blue Shield of Florida (BCBSF) serves as my employer's Health Reimbursement Account and/or Flexible Spending Account administrator. Accordingly, I hereby authorize BCBSF to initiate credit entries and to initiate if necessary, debit entries and adjustments for any such credit entries in error to my account, indicated above. I hereby authorize the financial institution named above to credit and/or debit the same to such account.

This authority is to remain in full force and effect until BCBSF has received written notification from me of its termination in such time and in such manner as to offer BCBSF and the financial institution named above a reasonable opportunity to act on it.

Account Holder Name(S): _____

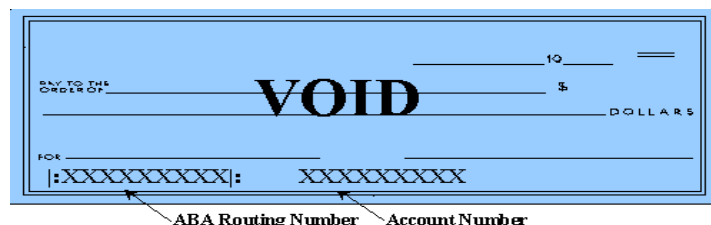
Joint Account Holder Name(S): _____

Date: _____ **Signature:** _____

Date: _____ **Signature:** _____

(Two signatures are required for accounts in joint names)

Please attach a voided check containing bank routing and account numbers to this form.
(Deposit slips do not provide the necessary information.)



Formulario de Autorización para Depósito Directo

Para Cuentas Flexibles de Gastos y Cuentas de Reembolso de Gastos Médicos

ENVIAR A:

Blue Cross and Blue Shield of Florida
Spending Account Administration
P.O. Box 45132
Jacksonville, FL 32232-5132
Servicio de Atención al Cliente: (800) 753-4681

Por favor **ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA** toda la información que se solicita a continuación:

Tipo de Solicitud: Iniciar Depósito Directo Interrumpir Depósito Directo Cambiar Depósito Directo

Nombre del Empleador: _____

Nombre del Empleado: _____ **Número de Seguro Social:** _____
Apellido, Nombre

Teléfono del Trabajo: _____ **Teléfono Particular:** _____

Nombre de la Institución Financiera: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número ABA o de Ruta/Tránsito Bancario: _____
(En la parte inferior izquierda del cheque anulado)

Número de Cuenta Bancaria: _____
(En la parte inferior derecha del cheque anulado)

Tipo de Cuenta: ____ De Cheques ____ De Ahorro (marcar sólo una)

Comprendo que Blue Cross and Blue Shield of Florida (BCBSF) se desempeña como administrador de la Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos y/o la Cuenta Flexible de Gastos de mi empleador. Asimismo, autorizo por la presente a BCBSF a acreditar, y, de ser necesario, debitar y ajustar errores en tales créditos en mi cuenta, indicada anteriormente. Por la presente autorizo a la institución financiera antes mencionada a realizar créditos y/o débitos en tal cuenta.

Esta autorización seguirá plenamente vigente hasta que BCBSF haya recibido notificación escrita de mi parte en relación con tal terminación en tiempo y de modo tales que BCBSF y la institución financiera antes mencionada tengan una oportunidad razonable de actuar al respecto.

Nombre(s) del Titular de la Cuenta: _____

Nombre(s) del Cotitular de la Cuenta Conjunta: _____

Fecha: _____ **Firma:** _____

Fecha: _____ **Firma:** _____

(Se necesitan dos firmas para las cuentas conjuntas)

**Por favor adjunte a este formulario un cheque anulado que contenga los números de cuenta y de ruta bancaria.
(Los comprobantes de depósito no brindan la información necesaria.)**

