



**Si no está usando el depósito directo actualmente:**

- Complete este formulario y envíelo por fax a Allegiance (1-877-424-3539).
- Visite [www.allegianceflexadvantage.com](http://www.allegianceflexadvantage.com) y establezca una contraseña de cuenta.

**Si ya está usando el depósito directo:**

- No hay necesidad de inscribirse de nuevo salvo que tenga una cuenta corriente nueva.
- Acceda su cuenta en línea y verifique que su dirección de correo-e es correcta.

Usted no recibirá una explicación de beneficios (EOB) por correo. Cuando su dirección de correo-e se incluye abajo, recibirá una notificación por correo-e cada vez que se procese una reclamación flex. Su EOB está disponible haciendo clic en *Claims History (Historial de Reclamaciones)*.

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ ID del Participante: \_\_\_\_\_

**Dirección de correo-e (en letra de molde):**

Sírvase tomar nota: Usted recibirá mensajes de correo-e de [dotnorespond@askallegiance.com](mailto:dotnorespond@askallegiance.com). Archive la dirección en su directorio para asegurar la entrega apropiada.

Por este medio autorizo a Allegiance Benefit Plan Management, Inc. a iniciar asientos de crédito y, de ser necesario, asientos de débito y ajustes para cualesquier asientos de crédito erróneos a mi cuenta indicada abajo y depositario indicado abajo, en lo sucesivo denominado el BANCO, para acreditar y/o debitar dicha cuenta. Esta autorización permanecerá en pleno efecto y vigor hasta que Allegiance Benefit Plan Management, Inc. haya recibido notificación por escrito de mi parte de su terminación en la oportunidad y de la manera que brinde a Allegiance Benefit Plan Management, Inc., y al BANCO una oportunidad razonable de actuar en base a la misma. Entiendo que esta autorización corresponde a reembolsos de mi plan de gastos flexible patrocinado por mi empleador.

Firmado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXE UN CHEQUE PERSONAL ANULADO AQUÍ.**