



# Bank account details collection

## Compilación de detalles sobre su cuenta bancaria

### Información importante

Rellene este formulario si quiere que Medicare Australia registre y guarde los detalles de su cuenta bancaria para los efectos de ingresar los Pagos de Medicare correspondientes.

También puede registrar los detalles de su cuenta bancaria:

- Llamando al **132 011** (se cobra por las llamadas).
- Personalmente en la Oficina de Medicare de su localidad.
- En línea en **www.medicareaustralia.gov.au/online**

### Asistencia

Si usted necesita ayuda para rellenar este formulario llame al **132 011** (se cobra por las llamadas) o visite **www.medicareaustralia.gov.au**

### Presentación

Mandar el formulario rellenado a:

**Medicare Australia**  
**GPO Box 9822**

de la capital de donde reside

o échelo en el buzón asignado en la oficina de Medicare de su localidad.

Escriba con **LETRAS MAYÚSCULAS**

Marque así  donde vaya al caso

### Sus datos

1 N° de su tarjeta de Medicare

 N° de Ref. 

2 Mr  Mrs  Miss  Ms  Otro

Primer apellido

Primer nombre propio

3 Fecha de nacimiento

4 Dirección

  
  
 Código postal

5 N° de teléfono durante el día

Email

  
@

6 Otras personas en esta tarjeta de Medicare que utilizarán esta cuenta bancaria para recibir sus pagos.

Nombre	N° de Ref.

### Detalles de la cuenta bancaria

**Nota:** Los pagos no pueden depositarse en las cuentas de tarjeta de crédito, préstamo o hipoteca.

7 Nombre del banco, caja de ahorro y préstamo para la vivienda (building society) o cooperativa de ahorro y préstamo (credit union).

Sucursal donde tiene la cuenta.

Número de la sucursal (BSB).

 - 

Número de la cuenta (puede ser distinto del número de su tarjeta)

Nombre(s) del portador(es) de la cuenta.

  

**Nota:** Si se tienen que incorporar más personas a la lista, adjuntar una hoja separada con sus firmas.

### Consentimiento

8 Las personas mayores de 14 años tienen que firmar para indicar que consienten que sus pagos sean ingresados a esta cuenta

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

### Declaration

9 Declaro que:

*La información suministrada en este formulario es verídica y correcta. Informaré a Medicare Australia sin demora sobre cualquier cambio en los detalles de mi cuenta bancaria.*

Firma

Fecha

### Nota sobre la intimidad

La información suministrada en este formulario se usará para registrar y guardar sus detalles bancarios para los fines de realizar electrónicamente los pagos que le correspondan de los programa administrados por Medicare Australia. La recopilación de estos datos está autorizada por el decreto *Medicare Australia Act 1973*. Los detalles de su cuenta bancaria se divulgarán a la institución financiera que corresponda para facilitar los pagos y no serán divulgados a terceras partes a menos que esté autorizado o requerido por la ley.