

## ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA PAGOS PREAUTORIZADOS

Por la presente autorizo a **New Mexico Medical Insurance Pool** ("NMMIP") a iniciar entradas de débito de mi cuenta y del Depositario designado a continuación. Según mi elección, los débitos se efectuarán el primer, segundo o tercer viernes de cada mes, a menos que la fecha sea feriado; luego se sorteará el siguiente día hábil.

Nombre del asegurado:: \_\_\_\_\_ N° Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Elijo que se retiren fondos de mi cuenta en:

1er viernes del mes     2do viernes del mes     3er viernes del mes

Indique el tipo de cuenta marcando la casilla correspondiente:

Cuenta de cheques     Cuenta de Ahorro

**ADJUNTE UN CHEQUE ANULADO**

No se aceptará un ticket de depósito.

**El cheque anulado debe coincidir con el número de cuenta indicado en este formulario.**

NOMBRE DE QUIEN DEPOSITA: \_\_\_\_\_

SUCURSAL BANCARIA : \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

N° IDENTIFICACIÓN DE BANCO: \_\_\_\_\_

N° CUENTA: \_\_\_\_\_

Esta autoridad permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que NMMIP y el Depositario hayan recibido una notificación por escrito de mi parte sobre la terminación de este acuerdo en el momento y de tal manera que brinden a NMMIP y al Depositario una oportunidad razonable para actuar según la solicitud.

**X** \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

La firma debe ser de una persona que tenga autoridad para firmar en la cuenta que se girará.