

Formulario de Autorización de Débito de Cámara de Compensación Automatizada (ACH, por sus siglas en inglés)

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Tenemos que recibir este formulario antes del día 15 del mes previo a la fecha en que se retirará de su cuenta. Por ejemplo, si usted desea que empecemos a retirar el monto de su cuenta el 1º de febrero, tenemos que recibir el formulario el día 15 de enero o antes. Si recibiéramos este formulario después del 15 del mes, no podremos retirar el monto de su cuenta hasta el primer día del mes **siguiente**. Por favor complete todas las partes de este formulario. **No se procesarán los formularios incompletos y se devolverán.**

Marcar uno:

- Individual: He solicitado un Plan Individual/Familia y estoy completando este formulario para realizar el pago por esa póliza.
- Empleador: Soy un representante autorizado de un Grupo de Empleador y estoy completando este formulario para realizar un pago por esa póliza.

Nombre: _____ Identificación de miembro: _____
Indicar nombre de Solicitante Individual o Grupo de Empleador

Dirección de Correo Postal: _____

Nombre y Número de teléfono de Contacto (Únicamente para Grupos de Empleador) _____ () _____

Correo electrónico: _____

Por la presente autorizo a New Mexico Health Connections (NMHC) a realizar débitos en la cuenta corriente o de ahorro que se indica a continuación y solicito a la Institución financiera mencionada a continuación a debitar el dinero de esa cuenta. Se guardará esta información para los pagos siguientes y se debitará de la cuenta indicada el monto de la prima mensual. Soy un suscrito autorizado de la cuenta que se indica a continuación. **Tipo de cuenta:** Corriente De ahorros

Mes para comenzar el giro bancario: _____ (Su cuenta girará el **primer** día hábil del mes.)

Nombre de la Institución financiera	Dirección de la Institución financiera
Nombre de la Cuenta/Nombre en la Cuenta	
Número de ruta y tránsito bancario de la Institución Financiera (9 dígitos – ver diagrama de abajo)	Número de cuenta (Ver diagrama de abajo)

PARA CUENTAS CORRIENTES ÚNICAMENTE:

Si utiliza una cuenta corriente, deberá adjuntar un cheque anulado para institución financiera y verificación de información de la cuenta.

Su nombre	Cheque #123
Su dirección	
Su Ciudad, Estado, Código postal	Fecha: _____
Pagar a la orden de:	
Adjuntar un cheque anulado sin firmar aquí (si se aplica)	
En la suma de:	Dólares
Nombre de la Institución financiera	
Para:	
: 123456789 :	00998765432

↑
Este es el Número de ruta y tránsito bancario de su banco.

↑
Este es su Número de cuenta.

Esta autorización tendrá validez hasta que New Mexico Health Connections haya recibido una notificación por escrito de su revocación en la manera y con la anticipación tal que permita a New Mexico Health Connections una oportunidad razonable de tomar los recaudos necesarios.

Nombre: _____
(Escribir con letras de imprenta)

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe su forma a New Mexico Health Connections, Atención: Finance, P.O. Box 36719, Albuquerque, NM, 87176. Si paga desde una cuenta de cheques por favor adjunte un cheque cancelado.