



Formulario de Autorización de ACH

Añadir Borrar Cambio

Nombre de Empresa: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____
NPN: _____

Información de liquidación de fondos

Cuenta de Cheques Cuenta de Ahorros

Nombre del Banco: _____
Propietario de la Cuenta: _____
Nombre de la Cuenta: _____
Dirección del banco: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Enrutamiento # (9 dígitos): _____
Cuenta: _____

_____ (en adelante denominado Agente) autoriza CareFree Insurance Services, Inc. para iniciar entradas de transferencia ACH y acreditar la cuenta identificada en este documento para negocios relacionados con contratos con CareFree Insurance Services. Esta autorización permanecerá en vigencia a menos que y hasta que CareFree Insurance Services, Inc. haya recibido una notificación por escrito del agente de que esta autorización ha sido rescindida en ese momento y manera para permitir que CareFree Insurance Services Inc. actúe. El abajo firmante representa y garantiza a CareFree Insurance Services, Inc. que la persona que ejecuta esta versión es un firmante autorizado en la cuenta mencionada anteriormente y que toda la información relacionada con la Cuenta y el Titular de la cuenta es verdadera y correcta.

Firma del propietario de la cuenta Fecha

Imprimir Nombre

ADJUNTAR CHEQUE ANULADO
PREIMPRESO O CARTA BANCARIA
ENVIAR A

FAX: 855-301-1569
Correo Electrónico: CareFreeCommissions@carefreeinsurance.net
Correo: 1600 SW 80th Terrace
Plantation, FL 33324

*** Este formulario DEBE estar acompañado por un Cheque Anulado Impreso o una Carta Bancaria***