

## ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA PAGOS PREAUTORIZADOS

Por el presente, autorizo a **New Mexico Medical Insurance Pool** ("NMMIP") a realizar débitos de mi cuenta y del depositario designados abajo. Según cuál sea mi elección, los débitos se realizarán el primer, el segundo o el tercer viernes de cada mes, a menos que la fecha corresponda a un feriado; en ese caso se realizarán el próximo día hábil.

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_

Elijo que se retiren fondos de mi cuenta el:

1.º viernes del mes     2.º viernes del mes     3.º viernes del mes

Marcar el casillero correspondiente al tipo de cuenta:     Cuenta corriente     Cuenta de ahorros

### ADJUNTAR UN CHEQUE ANULADO

No se aceptará un comprobante de depósito.

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

NOMBRE DEL DEPOSITARIO \_\_\_\_\_ SUCURSAL \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

N.º DE RUTA/ABA \_\_\_\_\_ N.º DE CUENTA \_\_\_\_\_

Esta autorización debe permanecer en plena vigencia hasta que el NMMIP y el depositario hayan recibido una notificación mía por escrito sobre la rescisión de este acuerdo, en tal momento y de tal manera que permitan que el NMMIP y el depositario cuenten con una oportunidad razonable de responder al pedido.

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

La firma debe ser de una persona que tenga autoridad para firmar en relación con la cuenta de la que se hará la extracción.