

Acuerdo para pagos preautorizados



Por la presente autorizo al Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP) a iniciar entradas de débito desde mi cuenta y el depositario designado a continuación. De acuerdo con mi elección, los débitos se realizarán el primero o el quince de cada mes, a menos que la fecha caiga en un día feriado, en cuyo caso se realizarán el siguiente día hábil. **Se debitará el monto de su cuenta para el mes en el que le corresponde el pago** (por ejemplo, el monto de enero debitado corresponde a su cobertura de enero).

Apellido	Nombre	Identificación de miembro del NMMIP	
Elijo que se retiren fondos de mi cuenta el: <input type="checkbox"/> 1° del mes <input type="checkbox"/> 15 del mes		Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	
Nombre de la institución financiera/banco (depositario)	Ciudad	Estado	Código postal
Número de ruta	Número de cuenta		

Adjuntar un cheque anulado
No se aceptará un ticket de depósito.

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que el NMMIP y el Depositario hayan recibido de mi parte una notificación por escrito sobre la terminación de este acuerdo en el momento y de la manera que permitan al NMMIP y al Depositario tener una oportunidad razonable de actuar conforme a la solicitud.

Firma	Fecha
La firma debe ser de una persona que tenga autoridad para firmar en la cuenta que se va a abrir.	

Envíe este formulario por correo postal, correo electrónico o fax:

Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP)
Correo: PO Box 780548, San Antonio, TX 78278
Correo electrónico: NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.
Fax: 210-239-8449

Si tiene preguntas, comuníquese con NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com o llame al 1-866-306-1882.