



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

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.**

Soy un representante autorizado de un Grupo de Empleador y estoy completando este formulario para realizar un pago por esa póliza.

Nombre: _____ Identificación de Grupo: _____
Indicar nombre de Grupo de Empleador

Dirección de Correo Postal: _____

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

Correo electrónico: _____

Por la presente autorizo a True Health New Mexico a realizar débitos en la cuenta corriente 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. **Mes para comenzar el giro bancario de la cuenta corriente:** _____

Por favor note: Su cuenta girará el **primer día hábil** del mes.

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

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	Fecha: _____
Su Ciudad, Estado, Código postal	
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 True Health New Mexico haya recibido una notificación por escrito de su revocación en la manera y con la anticipación tal que permita a True Health New Mexico una oportunidad razonable de tomar los recaudos necesarios.

Nombre: _____
(Escribir con letras de imprenta)

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe su forma a True Health New Mexico, Atención: Finance, P.O. Box 36719, Albuquerque, NM, 87168. Si paga desde una cuenta de cheques por favor adjunte un cheque cancelado.