

410 Chickamauga
Ave Oficina 301
Rossville, GA 30741



Teléfono (706) 841-7000
Línea gratuita (877) 937-9602
Fax (706) 841-7020
www.nifmcp.com

**AUTORIZACIÓN
PARA REALIZAR EL RETIRO AUTOMÁTICO DE LAS PRIMAS DEL PLAN DE
SALUD MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS**

Por la presente autorizo al Plan Médico Familiar NECA/IBEW ("fondo"), a iniciar registros de cargo y a iniciar, si es necesario, registros de abono y ajustes por cualquier registro de cargo por error en mi cuenta, tal como se describe a continuación, en la institución financiera indicada más abajo:

Nombre de la institución financiera: (Banco) _____

Dirección _____

Ciudad: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

POR FAVOR ADJUNTAR UN CHEQUE ANULADO PARA QUE PODAMOS VERIFICAR LO SIGUIENTE:

Tránsito/ABA No.: _____

Tipo de cuenta: (Marcar solo una con un círculo) Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Número de cuenta: _____

Esta autorización permanecerá en plena vigencia hasta que el fondo haya recibido una notificación por escrito de mi parte sobre su terminación en tiempo y forma tales que permitan al fondo y al Banco una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Firma del jubilado

Número de Seguro Social

Número de Teléfono

Fecha

NOTA: Los cambios que afecten a las transferencias electrónicas deberán recibirse en la oficina del fondo a más tardar el día 15 del mes para que surtan efecto el primero del mes siguiente.

Recuerde mantener informada a la oficina del fondo de su dirección postal correcta a efectos de correspondencia.

20160101