



Formulario de pago ACH

- El formulario se debe RELLENAR por COMPLETO y FIRMAR y FECHAR para su procesamiento
- Dirección electrónica: underwriting@choicebuilder.com

Paso 1 - PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre de la compañía

Dirección

Suite #

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono # (XXX) XXX-XXXX

Dirección electrónica del contacto de la compañía

Paso 2 - PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DEL BANCO

Nombre del banco

Tipo de cuenta

☐ Cheques☐ Ahorros

Nombre del tenedor de la cuenta

Cuenta #

Ruta bancaria #

Prima del primer mes (SE REQUIERE)

☐

Quiero que la prima del primer mes del grupo se deduzca de la cuenta mencionada arriba, con base en la cantidad total indicada en el balance final del depósito de la prima.

O BIEN

☐

Indique la cantidad a debitar

\$

Pagos recurrentes (OPCIONAL)

☐

Al marcar este recuadro da su permiso para que CHOICE Administrators® inicie pagos a su favor de la cuenta de pagos indicada arriba. La cantidad del pago se deducirá automáticamente de su cuenta en la fecha límite. Todas las primas son pagaderas para el 20.º día de cada mes, antes del mes de la cobertura. La cantidad del pago recurrente cambia con base en la prima pendiente actual del mes dado.

Para asegurar el procesamiento satisfactorio de su pago en línea, notifique a su banco la ID de ACH de CHOICE Administrators (0330115986)

Paso 3 - ADJUNTE UN CHEQUE ANULADO

Esta información se usará para verificar los números de cuenta y de ruta bancaria indicados arriba

Paso 4 - COMPLETE LA AUTORIZACIÓN

Por medio de este documento autorizo a CHOICE Administrators a debitar la cuenta como se indica arriba. Entiendo que como esta es una transacción electrónica, estos fondos se podrían retirar de mi cuenta tan pronto como 24 horas después de la notificación de la aprobación del plan médico de grupo. Entiendo que es mi responsabilidad vigilar los cargos a mi cuenta y verificar que los pagos se procesen apropiadamente. Acepto no disputar esta facturación con mi banco siempre y cuando las transacciones correspondan a los términos indicados en este formulario de autorización.

Nombre del representante autorizado

Teléfono # (XXX) XXX-XXXX

Firma

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

SOLO PARA USO INTERNO

☐ Actual:\$ ☐ Futuro:\$ ☐ Recurrente