



Automatic Checking Withdrawal (ACH Debits) Authorization Form

Nuevo

Enmienda/Cambio

Deuda/Cuenta en colección

Información de Miembro:

Apellido		Nombre		Inicial	
Domicilio:		Ciudad		Estado	
				Código Postal	
Numero de Miembro:		Teléfono de día: ()		Teléfono de noche: ()	

Información de Cuenta: Fija un cheque en blanco a la izquierda de este formulario para la cuenta indicada abajo.

Nombre en la cuenta:		Teléfono del Banco:	
Nombre del Banco:		Transit/ABA #:	
		Numero de cuenta: <input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros	

Autorización:

Transferencia de fondos será el día _____ Transferencia empezara el: _____ Total de transferencia _____

Acuerdo:

Por medio de mi firma, yo autorizo al University Health System (UHS) que retire de la cuenta indicado arriba, la transferencia de fondos que será hecha por cheque, entrada del debito automática, o cualquier otro medio permitido por la ley (un “traslado de pago”) de mi cuenta. Yo entiendo que el retiro aparecerá en mi estado de cuenta mensual de mi banco. *Esta autorización continuara hasta que (a) yo envíe autorización de cancelación con 30 días de antelación por escrito a UHS o (b) el balance se paga en completo, o (c) UHS ejerce su derecho para descontinuar este servicio.* Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar el balance pendiente y estoy de acuerdo en hacerlo.

Yo confirmo que he leído y entendido el acuerdo indicado arriba y acepto la condiciones contenidas en el.

Términos y Condiciones:

1. Mi recibo de pago al UHS será el retiro de dinero reflectado en mi estado de cuenta de mi banco. No es necesario notificar por cada retiro hecho mientras el plan de Automatic Checking Withdrawal (“Plan”) es en efecto.
2. Un pago será considerado hecho y recibido por UHS solamente cuando el traslado del pago se complete por el banco.
3. UHS puede terminar mi participación en el Plan, sin aviso, si mi banco niega hacer un pago, transfiera, or si el pago se rechaza por fondos insuficientes, devuelto, o readjustado por cualquier razón
4. Este Plan se puede terminar en cualquier tiempo por UHS o por mí con previo aviso escrito al otro partido. Cualquier notificación a UHS será efectivo con respecto a una futura cancelación de mi cuenta, será notificada a UHS por escrito con días de anterioridad. Yo también entiendo que mi banco reserva el derecho de terminar su participación en este Plan cuando quiera.
5. Si el Plan se termina por cualquier razón, algún pago que este pendiente será pagado de acuerdo al horario establecido al principio, si yo no hubiese escogido este Plan.
6. UHS no será responsable por cualquier pérdida, daño o gastos que realice el banco con relación al traslado del pago, por rechazo, deshonor, retorno, inversión or reajuste.
7. Yo entiendo que si mi balance de CareLink es menos de la cantidad del traslado indicado arriba la menos cantidad será trasladada.
8. Tengo entendido que después de tres fondos insuficientes, mi contrato puede ser cancelado y no seré elegible para renovación por un periodo de 90 días.
9. **Se requiere 30 días en escrito notificación de cambios en me cuenta automática.**

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____