

Direct Deposit Authorization Agreement

Información del participante

*=Áreas requeridas

*Nombre del empleador (No abrevie)

*Nombre de Participante (Primer nombre, inicial medio, apellido)

Numero de teléfono

*Departamento

 - -

*Número de seguro social

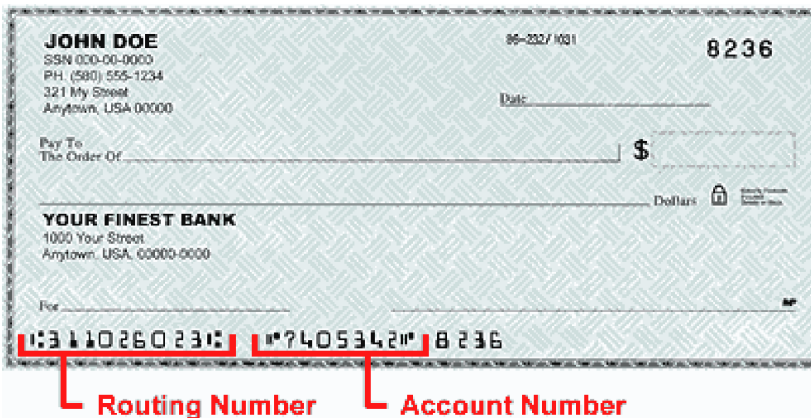
*Correo electrónico

*Nombre Del Banco

*Número de tránsito (ABA).

*Número de Cuenta

*Favor de marcar el tipo de la cuenta: De Cheques / De Oros



(REQUERIDO: Adjunte un cheque nulo o una boleta de depósito aquí)

**Si se trata de una cuenta nueva, se debe establecer y activar en su banco antes de solicitar un depósito directo.

Authorizacion

Autorizo a Pro-Flex Administrators LLC y al banco mencionado anteriormente a depositar mis reembolsos de reclamos directamente en mi cuenta bancaria mencionada anteriormente.

Si los fondos a los que no tengo derecho se depositan en mi cuenta debido a un error o por cualquier otro motivo, autorizo a Pro-Flex Administrators LLC para que indique al banco que devuelva dichos fondos a Pro-Flex Administrators LLC.

Entiendo que es posible que mi depósito no se acredite en mi cuenta hasta 2 días hábiles después de que la transacción se haya enviado al banco para su procesamiento.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente a menos que notifique por escrito a Pro-Flex Administrators LLC que la he revocado. Además, entiendo que es mi responsabilidad notificar a Pro-Flex Administrators LLC de todos los cambios futuros en mi número de cuenta bancaria y número de ruta. Si no notifico a Pro-Flex Administrators LLC sobre cambios de esta naturaleza, seré responsable de reembolsar a Pro-Flex Administrators LLC por todos los cargos bancarios aplicables.

FIRMA DE PARTICIPANTE _____ **FECHA** _____