

**AUTORIZACION PARA DEPÓSITO DIRECTO****NOMBRE DE LA COMPAÑÍA**

(FAVOR DE IMPRIMIR)

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

Numero de Seguro Social

Apellido

Nombre

Inicial

**INFORMACIÓN DE CUENTA**

Favor de elegir Uno de Lo siguiente:

- AÑADIR - Deposité mis fondos de reembolso en la cuenta mostrada.
- CAMBIO - Cambiar mi institución financiera y/o número de cuenta.
- CANCELAR - Parar mi participación en el programa de depósito directo

Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros

Por este medio autorizo a AXIS Health Partners para iniciar los depósitos a la cuenta bancaria que se indica a continuación. Esta autoridad permanecerá en vigor hasta que AXIS haya recibido notificación escrita de mí de su terminación de manera que permite a AXIS oportunidad razonable actuar en él.

Firma

Fecha

**AÑADIR CHEQUE ANULADO A CONTINUACIÓN**

**Favor de pegar aquí su cheque anulado con cinta adhesiva**  
(No mande su talon de deposito.)

Favor de mandar por **correo** el formulario terminado a AXIS Health Partners a la siguiente dirección. Permitir un plazo de 10 días laborables para procesamiento de esta autorización. Recibirá el cheque de reembolso regular hasta que esta solicitud sea procesada. Una vez usted acepte el proceso de depósito directo, todas las transacciones de reembolso serán en este formato hasta que recibamos su solicitud por escrito para cancelar el proceso.