

DELTA DENTAL OF NEW MEXICO FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ACH

INSTRUCCIONES:

1. Complete todas las secciones de este formulario
2. Firme esta forma
3. Adjunte un cheque anulado de la cuenta
4. Envíe el formulario completo y el cheque anulado a:
Accounts Payable
Delta Dental of Michigan
4100 Okemos Rd.
Okemos, MI 48864
5. O por correo electrónico a billing@deltadentalnm.com

DEPARTAMENTO FINANCIERO

Correo electrónico:

billing@deltadentalnm.com

Teléfono: (800) 838-8863

(L-V, 6:00 AM to 3:00 PM MT)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (GRUPO):

NOMBRE DEL GRUPO: _____

NÚMERO DEL GRUPO: _____ NÚMERO(S) DE SUBUBICACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA:

TIPO DE CUENTA: _____

NÚMERO DE RUTA/TRÁNSITO: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

OFICINA: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

Por la presente, autorizo a Delta Dental of New Mexico a retirar fondos de la cuenta mencionada en la institución financiera antes mencionada por el cobro de nuestros cargos mensuales. Este retiro se realizará el día 5 de cada mes. Entiendo que si el débito automático se devuelve por fondos insuficientes o por "cuenta cerrada", se podrán cobrar cargos adicionales y se podrían tomar medidas de cobro.

Esta autorización permanecerá en plena vigencia y efectiva hasta que mande una notificación por escrito a Delta Dental de Nuevo México indicando la terminación. Se enviara con tiempo suficiente para permitir que Delta Dental y la institución financiera tengan una oportunidad razonable para actuar al respecto.

Mi firma a continuación indica que he verificado y confirmado que toda la información proporcionada anteriormente esta correcta.

Nombre impreso de la persona autorizada

Título

Firma

Fecha