

Medfinacial
P.O. Box 32489
Knoxville, TN 37930-2489
Fax (865)692-6368



Formulario de autorización de débito automático

Nombre: _____ Número de cuenta*: _____
Dirección: _____ *Si no tiene su número de cuenta, por favor proporcione su
Número de seguro social: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono _____
Número de teléfono alternativo: _____ Correo Electronico: _____

Autorizo a Medfinacial a cargar mi cuenta de cheques/ahorros para cubrir los pagos mensuales en mi préstamo de Medfinacial. Estoy de acuerdo que cualquier pago que no sea honorado, será mi responsabilidad. Medfinacial no tendrá ninguna responsabilidad o gastos como resultado de estas acciones. Entiendo que los fondos suficientes deben estar en mi cuenta para el pago. Si no hay fondos suficientes en mi cuenta, se me cobrará una tarifa de \$20 de fondos insuficientes. Si hay tres incidentes de los fondos insuficientes en un periodo de 12 meses, esto puede resultar en cuotas adicionales y/o la terminación de mi contrato de débito automático. También, entiendo que es mi responsabilidad notificar a Medfinacial de cualquier cambio relacionado con esta cuenta.

Entiendo que para cancelar o cambiar los pagos de débito automático, Medfinacial debe recibir mi notificación por lo menos diez (10) días laborales antes de la fecha de el vencimiento de el pago, para permitir el tiempo suficiente para el procesamiento. Si obtengo un nuevo préstamo a través de Medfinacial, yo entiendo que necesitare contactar a Medfinacial si deseo que los pagos de el préstamo nuevo(s) puedan también ser debitados automáticamente. Yo puedo cambiar o cancelar el débito automático via electrónica a www.medfinacial.com/contact, o también mandar una notificación manuscrita por medio de fax o por correo a la dirección que se encuentra en esta carta, o por teléfono con un representante.

Yo entiendo que debo continuar con los pagos mensuales hasta que reciba la notificación de que los retiros automáticos comenzaran.

Yo entiendo que mi estado mensual reflejara cualquier cambio en la cantidad de el saldo de la cuenta.

Yo autorizo expresamente que los servicios de Medfinacial y sus representantes y empresas relacionadas, pueden contactarme acerca de mi cuenta, a cualquier numero telefonico relacionado con mi persona, incluyendo teléfonos celulares e inalámbricos y ponerse en contacto conmigo utilizando sistemas de marcación automática, mensajes artificiales o pregrabados, mensajes de texto o correo electrónico.

Opciones de Cantida alternativa de débito automático ACH:

Yo autorizo a los servicios de Medfinacial debitar la cantidad designada, que es mayor que la cantidad de pago mensual, de mi cuenta de cheques/ahorros cada mes para satisfacer mis pagos mensuales. Cantidad de el pago mensual que sera debitado es \$ _____.

Aviso: Su pago recurrente se publicará en su fecha de vencimiento mensual. Si su fecha de contabilización de pago cae en un fin de semana o día festivo, el pago se deducirá de su cuenta bancaria el siguiente día hábil. Sin embargo, su cuenta reflejará que su pago se realizó en la fecha de su vencimiento.

Información Bancaria

Por favor complete la información siguiente. También puede enviar una copia de un cheque o cheque de deposito anulado de la cuenta de el banco que usted desea utilizar. Aviso: Solo cuentas de los Estados Unidos se pueden usar.

Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

Nombre de la institución financiera: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Numero de cuenta: _____ Enrutamiento de transito/Numero ABA: _____

Yo, _____, **certifico que soy el dueño de la cuenta de el banco.**
Nombre

Firma de el prestatario (Necesaria)

Fecha