BROOKSIDE GENERAL INSURANCE SERVICES, INC.

Autorizacion de Pago Electronico para Deposito

Yo, _____, autorizo a Brookside General Ins. Svc Inc., a duplicar el cheque proporcionado por la cantidad exacta de $_____.

Numero de Poliza: _____ Numero de Telefono***:*** _____

☐ Esta autorizacion es valida para esta transaccion solamente.
La cantidad de la transaccion sera exactament $_____.

☐ Mantengan comprobacion en el archive para pagar en: _____ del mes.
(fecha)

He leido y he comprendido todos los terminos y condiciones en esta pagina incluyendo cualquier documento que acompana este acuerdo. Certifico que soy el poseedor autorizado de esta cuenta bancaria. Entiendo que este es un acuerdo legal y recibire una copia de cada retiro efectuado a mi cuenta.

Entiendo que este es un acuerdo legal entre:

Brookside General Insurance Services, Inc., y, _____.

Entiendo que si mi cheque no sera pagado, ya sea por falta de fondos, cuenta cerrada o invalida, o cualquier otra razon, **Brookside General Insurance Services, Inc.**, cobrara un cargo de $25.

_____ _____
Firma Autorizada Fecha

*Por favor no envie su cheque por correo despues de enviarlo por fax. Esto podria tener como resultado cargos duplicados.

Numero de ruta:

Numero de cuenta:

Favor De Pegar Su Cheque Aqui

Envie por Fax a: (209)476-8008