

Autorización de pago automático

Sección 1 – Información del pago

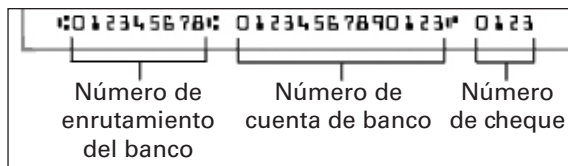
Nombre del asegurado/compañía

Número de identificación

Dirección

Ciudad

Estado Código postal +4



Por favor deducir de: Cuenta corriente

Cuenta de ahorro

Elija su opción de pago: Mensual Trimestral

Nombre de la institución financiera

Dirección de la institución financiera

Ciudad

Estado Código postal +4

() -
Número de teléfono de la institución financiera

Número de enrutamiento/tránsito

Número de cuenta

Devuelva esta autorización a: Advance Insurance Company of Kansas
1133 SW Topeka Blvd.
Topeka, KS 66629-0001

Importante: Por favor, envíe un cheque anulado con este formulario para garantizar el procesamiento preciso.

Por este medio autorizo a Advance Insurance Company of Kansas para que cargue a mi cuenta el modo de pago solicitado de la(s) prima(s). En caso de que se desestime una entrada de giro por cualquier razón, o se extraiga después de que se haya revocado la autorización del depositante, Advance Insurance Company of Kansas acepta que mi institución financiera será exonerada de cualquier responsabilidad.

Se requiere su firma

Firma del solicitante

/ /
Fecha de la firma