

Por favor marque en el recuadro al lado del nombre de la aseguradora

ManhattanLife Assurance Manhattan Life Family Life Western United Life

ACUERDO DE INDEMNIZACION

AUTORIZACION DE HONRAR DEBITOS GIRADOS POR LA COMPAÑIA ARRIBA REFERIDA

A: La Institución Financiera mencionada en esta forma.

A: _____
(Imprima el nombre y la dirección de la Institución Financiera donde tiene su Cuenta)

En consideración al cumplimiento de la requisición y autorización del depositante:

Como una conveniencia hacia mi persona, por este medio le requiero y le autorizo a debitar con cargo a mi cuenta siempre que hubieren fondos suficientes y pagar a favor de la compañía arriba referida. Esta autorización se mantendrá vigente hasta que sea revocada por escrito por mi, y hasta que ustedes reciban dicha notificación expreso mi acuerdo en que usted estará totalmente protegido al honrar dicho debito. Este acuerdo terminara de inmediato al momento de cerrar mi cuenta con ustedes o en el momento que ustedes reciban mi notificación de mi bancarota. Expreso mi acuerdo en que el tratamiento de y derechos con respecto a cada uno de los debitos serán los mismos como si estos fueran firmados por mi. Si alguno de los debitos no fuera honrado, con o sin causa, intencional o no intencional, ustedes no tendrán ninguna responsabilidad, aunque la deshonra resultara en la cancelación del seguro.

LA COMPAÑIA ARRIBA REFERIDA ACUERDA QUE:

1. Le indemnizara y le mantendrá libre de toda responsabilidad hacia cualquier persona que teniendo una cuenta con usted que surgiere de su pago o de cualquier otro debito girado por la compañía arriba referida en su propio nombre contra la cuenta de dicha persona, o de cualquier otra responsabilidad de dicha persona o a cualquier dueño o beneficiario de cualquier póliza emitida por la compañía arriba referida por la cual se hubiere emitido el debito, siempre que hubiese fondos suficientes en dicha cuenta que permita el pago de la misma a su presentación, ya sea que dicho reclamo u obligación en contra suya sea basado en la perdida , o que se alegara perdida de la póliza, o las primas que sean sujeto de ser colectadas por la compañía arriba referida por medio del debito girado; y,
2. Le reembolsara cualquier cantidad erróneamente pagada por usted a la compañía arriba referida en el debito si el reclamo por la cantidad erróneamente pagada se efectuara por usted dentro de los doce meses contados a partir de la fecha del debito mediante el cual se pago la cantidad errónea.

Nombre de la Cuenta: _____

Número de Cuentas: _____

Número de Ruta ABA: _____

Fecha de Retiro: _____
(No puede seleccionar el 29th, 30th, or 31st)

Tipo de Cuenta: De Cheques De Ahorros

Póliza Número: _____

Firma(s) X _____
X _____

Presidente

POR FAVOR ADJUNTE UN CHEQUE ANULADO

Retorna la forma completa a:
P.O. Box 925688
Houston, Texas 77292-5688

Comentarios:

