



UNITED INSURANCE FINANCE CO., INC.

**AUTORIZACION PARA PAGO DIRECTO**

**#CONTRATO** \_\_\_\_\_

Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) a United Insurance Finance Co. Inc. a originar entradas de débito a mi cuenta de \_\_\_\_\_ cheque o \_\_\_\_\_ ahorros.

Institución Bancaria \_\_\_\_\_

Sucursal \_\_\_\_\_

# de Tránsito(ABA) \_\_\_\_\_

# de Cuenta \_\_\_\_\_

Esta autorización se mantendrá en vigor hasta que la compañía United Insurance Finance Co. Inc. haya recibido notificación escrita de su cancelación en un tiempo razonable.

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Nota: Favor de incluir un cheque anulado en caso de que usted interese que se debite el pago de su cuenta de cheque.**

ENVIAR AL FAX: 787-728-9474  
ATENCION: MARILYN CINTRON