



CUENTA DE REEMBOLSO
ACUERDO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Nombre de empleado:* _____
(Por favor imprima)

Empleado Número de identificación o Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social:* _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador:* _____

Nombre Institución Bancaria:* _____


Institución de Banca Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

Número de Ruta / Tránsito:* _____

Número de cuenta bancaria:* _____

Tipo de cuenta: De cheques
(marque sólo una) **(adjunte un cheque anulado)**
Ahorros

* campo requerido



Por la presente solicito y autorizo Grupo Beneficios Americana remitir por depósito directo a mi banco nombrado arriba toda cantidad que adeude mí para Gastos Flexibles (FSA), Reembolso de Salud (HRA) y / o del viajero del tránsito y pagos de reembolso Aparcamiento beneficio. También solicito y autorizo a la institución bancaria a aceptar tales depósitos iniciados por Beneficios estadounidenses Grupo y dirigir tales depósitos a la cuenta designada y sin responsabilidad por la exactitud de la cantidad.

Se entiende que este acuerdo puede ser terminado en cualquier momento mediante notificación escrita por mí a los beneficios estadounidenses Grupo. Toda notificación a los beneficios estadounidenses Grupo será efectiva sólo con respecto a las entradas iniciadas por Beneficios estadounidenses Grupo después de la recepción de dicha notificación y dentro de un tiempo razonable para actuar en consecuencia. Toda notificación a la Institución Bancaria por el participante es inaceptable. La Institución Bancaria podrá denunciar el presente Acuerdo mediante notificación por escrito al participante para Just Cause.

Firma: _____ Fecha: _____

Mail a: American Benefits Group | PO Box 1209 | Northampton, MA 01061-1209

Email: processing@amben.com

800-499-3539

