

AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICO DE FONDOS

Re: Empleado lesionado o beneficiario: [EMPLFLNAME]
Número de reclamo: [CICLM]
Número de DWC: [CIDWCNO]
Fecha de la lesión: [CIDOI]
Empleador: [EMPRNAME]

1. Seleccione la acción apropiada que desea que Texas Mutual Insurance Company tome:

- Comenzar a enviar mis pagos de beneficios por transferencia electrónica de fondos. (TEF o EFT por sus siglas en inglés).
 Deje de enviar mis pagos de beneficios de ingresos a través de transferencia electrónica de fondos.
 Por favor revise y haga los cambios en la cuenta listados abajo.

2. Por favor proporcione la información de su cuenta:

Nombre de institución financiera: _____

Dirección de la institución financiera: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de ruta/ Número ABA: _____

***Póngase en contacto con su institución financiera para verificar su número de ruta y número de cuenta antes de enviar esta solicitud. Los números de ruta y de cuenta correctos pueden diferir de los números impresos en sus cheques y comprobantes de depósito.**

Número de cuenta: _____

Tipo de cuenta: Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

3. Por favor adjunte uno de los siguientes:

- (1) un cheque con la información de su cuenta con la palabra "VOID" escrita a mano en el frente del cheque;
o
- (2) un comprobante de depósito con la información de su cuenta con la palabra "VOID" escrita a mano en el comprobante de depósito; o
- (3) una carta de su institución financiera que incluya el membrete del banco, el número completo de ruta y de cuenta (incluidos los ceros iniciales), la verificación del nombre del titular de la cuenta y el tipo de cuenta (cuenta corriente o cuenta de ahorros).

4. Por favor lea y firme abajo:

Entiendo que Texas Mutual Insurance Company revisará mi solicitud por escrito para los pagos por TEF para determinar si la duración de los beneficios de ingresos es suficiente para cumplir con los requisitos como se describe en la regla 124.5. Entiendo que la transferencia electrónica de beneficios comenzará a partir del primer pago de beneficios o a partir del día 21 después de que se cumplan los requisitos de la subsección 124.5 (g). Autorizo a Texas Mutual Insurance Company a iniciar entradas de crédito en mi cuenta con la institución financiera mencionada anteriormente. Esta autorización permanecerá vigente hasta que ocurra primero cualquiera de los siguientes eventos:

- (1) El primer día de trabajo después de que Texas Mutual Insurance Company reciba una solicitud por escrito para cancelar la TEF, o
- (2) El punto en el que no se deban recibir más beneficios de ingresos.

Nombre en letra imprenta _____

Firma _____

Fecha _____

5. Envíe la solicitud completa a la dirección de correo, la dirección de correo electrónico o al número de fax que se indica a continuación:

Dirección: Texas Mutual Insurance Company
PO Box 12029
Austin, TX 78711-2029

Correo Electrónico: claimdocs@texasmutual.com
Fax: (512) 224-3889

Con algunas excepciones, una persona, previa solicitud, puede ser informada sobre la información que Texas Mutual Insurance Company recopila sobre ellos, recibir y revisar esa información y corregir la información incorrecta. Para obtener más información sobre la información que puede recopilar Texas Mutual Insurance Company, llame al (800) 859-5995 y seleccione la opción para hablar con un especialista en información.