



8771 WESTPOINT DR.
INDIANAPOLIS, IN 46231
(888) 857-4639

AUTOMATIC DEBIT AUTHORIZATION
AUTORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE DÉBITO

Client's Name | Nombre del cliente:

ULS Accounting | Contabilidad: \$

ULS Payroll | Nomina: \$

Monthly Payment | Pago Mensual: \$

Please verify with your bank that the bank routing number for ACH transactions is the same listed on your check or deposit slip.

Verifique con su banco que el número de ruta bancaria para transacciones ACH sea el mismo que figura en su cheque o comprobante de depósito.

Financial Institution | Nombre del Banco:

Account Number | Numero de Cuenta:

Routing Number | Numero de Ruta:

AGREEMENT / ACUERDO

I hereby authorize United Life Services, Inc. (ULS) to initiate electronic debit entries to the account indicated on this form, from the financial institution identified above. I understand and agree that enrollment in the ULS AutoPay program is available at no cost. Debits for scheduled payments will be made in accordance with the payment schedule above, with one debit occurring on the last day or first day of each month, and the same subsequent day of each subsequent month, until all payments have been made. scheduled payments. If the payment date falls on a weekend or holiday, ULS will debit the account on the next business day. I understand that funds must be available in the account on the date the debit is made. I understand and agree that each time the BANK rejects a debit entry for non-sufficient funds (NSF) or closed account, my account with IPFS will be charged the maximum NSF fee allowed by law which will not exceed \$75.00. The NSF fee may be electronically debited from my BANK account indicated on this form. I also understand and agree that ULS may reset a returned NSF debit up to two additional times, and the reset debit may occur on a date other than my usual payment date. I also understand and agree that this authorization will remain in effect until (1) IPFS receives from me a written and signed notice of revocation, sent to the ULS address above by first class mail with postage prepaid in a timely manner. To allow ULS a reasonable opportunity to act accordingly; OR (2) I have received written notification from ULS that this authorization and agreement is terminated upon rejection of a debit entry due to NSF or closed account.

Por la presente autorizo a United Life Services, Inc. (ULS) a iniciar entradas de débito electrónico a la cuenta indicada en este formulario, de la institución financiera identificada anteriormente. Entiendo y acepto que la inscripción al programa ULS AutoPay está disponible sin costo alguno. Los débitos por pagos programados se realizarán de acuerdo con el cronograma de pagos divulgado anteriormente, con un débito que se producirá el último día o el primer día de cada mes, y el mismo día subsiguiente de cada mes posterior, hasta que se hayan realizado todos los pagos programados. Si la fecha de pago cae en fin de semana o feriado, ULS debitará la cuenta el siguiente día hábil. Entiendo que los fondos deben estar disponibles en la cuenta en la fecha en que se realiza el débito. Entiendo y acepto que cada vez que el BANCO rechace una entrada de débito por fondos insuficientes (NSF) o cuenta cerrada, a mi cuenta con IPFS se le aplicará la tarifa NSF máxima permitida por la ley que no excederá los \$75.00. La tarifa NSF se puede debitar electrónicamente de mi cuenta BANCARIA indicada en este formulario. También entiendo y acepto que ULS puede reiniciar un débito devuelto NSF hasta dos veces más, y el débito reiniciado puede ocurrir en una fecha distinta a mi fecha de pago habitual. También entiendo y acepto que esta autorización permanecerá vigente hasta que (1) IPFS reciba de mí una notificación de revocación por escrito y firmada, enviada a la dirección de ULS indicada a continuación por correo de primera clase con franqueo prepago en el tiempo y la manera que permita pagar ULS una oportunidad razonable para actuar en consecuencia; O (2) He recibido una notificación por escrito de ULS de que esta autorización y acuerdo se termina por el rechazo de una entrada de débito debido a NSF o cuenta cerrada.

By:

Date:

(Account Holder or Authorized Signatory of Account Holder)