

MASSACHUSETTS LABORERS' HEALTH AND WELFARE FUND

**P.O. BOX 1501
1400 DISTRICT AVENUE, SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803-5201
TELEPHONE (781) 272-1000 • TOLL FREE (800) 342-3792 • FAX (781) 238-0703**

**AUTHORIZATION AGREEMENT FOR WITHDRAWAL
FOR C.O.B.R.A. RETIREE SELF-PAY MONTHLY PREMIUMS**

I/we hereby authorize the Massachusetts Laborers' Health and Welfare Fund, hereinafter called the "Fund", to initiate credit/debit entries to my/our () Checking () Statement Savings account (please select one) indicated below at the depository financial institution named below, hereinafter called "Bank", and to credit/debit the same to such account.

NAME OF BANK _____ **BRANCH** _____
CITY _____ **STATE** _____ **ZIP CODE** _____
ROUTING # _____ **ACCOUNT #** _____

Please furnish a voided check for verification of the above information

This authorization is to remain in full force and effect until the "Fund" has received written notification from me/us of its termination in such time and in such manner as to afford the "Fund" and "Bank" reasonable opportunity to act on it.

NAME _____ **NAME** _____
(PLEASE PRINT) (PLEASE PRINT)

SOCIAL SECURITY #: _____ **SOCIAL SECURITY #:** _____

SIGNED _____ **SIGNED** _____

DATE _____ **DATE** _____

NOTE: All written credit/debit authorizations must provide that the receiver may revoke the authorization only by notifying the originator in the manner specified in the authorization, no later than the 15th day of the month preceding the month the payment would be applied. Any declined or insufficient funds are subject to a \$35.00 fee.

***IF A JOINT ACCOUNT IS BEING USED, BOTH PARTIES MUST SIGN AND DATE THIS FORM.**

Este aviso está disponible en español en el sitio de web www.mlbf.org

FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS

P.O. BOX 1501
1400 DISTRICT AVENUE, SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803-5201
TELÉFONO (781) 272-1000 • GRATIS (800) 342-3792 • FAX 781-238-0703

**ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA EL RETIRO MENSUAL
DE LAS PRIMAS PARA COBRA Y AUTO-PAGO DE JUBILADOS**

Yo/nosotros autorizo al Fondo de Salud y Bienestar de los Trabajadores de Massachusetts, y de aquí en adelante llamado el "Fondo", para iniciar entradas de crédito/débito a mi/nuestra cuenta de () Cheques () Ahorros (por favor seleccione uno) indicando a continuación la institución financiera depositaria nombrada a continuación, en lo sucesivo denominado "el Banco", y al crédito/débito de la misma a dicha cuenta.

NOMBRE DEL BANCO _____ SUCURSAL _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
DE RUTA _____ # DE CUENTA _____

Por favor, incluya un cheque en blanco para la verificación de la información anterior

Esta autorización quedara en pleno vigor y en efecto hasta que el "Fondo" ha recibido notificación escrita de mi/nosotros de su terminación en tal tiempo y en forma tal que le permita al "Fondo" y al "Banco" una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

NOMBRE _____ NOMBRE _____
(EN LETRA DE IMPRENTA) (EN LETRA DE IMPRENTA)

DE SEGURO SOCIAL: _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____

FIRMA _____ FIRMA _____

FECHA _____ FECHA _____

NOTA: Todas las autorizaciones escritas de crédito/débito deberán estipular que el receptor podrá revocar la autorización solo notificando al creador en la forma especificada en la autorización, a más tardar el día 15 del mes anterior al que se aplica el pago. Todos los fondos negados o insuficientes están sujetos a un cobro de \$35.00.

***SI UNA CUENTA MANCUMUNADA ES USADA, AMBAS PARTES DEBEN FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO.**

This notice is available in English on the website www.mlbf.org