

Action Financial Services, LLC

Formulario de Autorización de Pago Recurrente

Firme y complete este formulario para autorizar a Action Financial Services, LLC a realizar un débito automático de su cuenta.

Al firmar este documento, autorizo a Action Financial Services, LLC. a cargar la cuenta identificada a continuación en o después de las fechas y en los montos establecidos a continuación. AFS puede cargar mi cuenta a las 12:01 a.m. P.T. en la fecha de pago. En caso de que cualquier cargo no sea exitoso, autorizo a AFS a reiniciar el cargo hasta dos veces. En caso de que AFS cometa un error al procesar un cargo, autorizo a AFS a iniciar un cargo para corregir el error. Si falta o es errónea alguna información que proporcioné a AFS con respecto a mi cuenta o institución financiera, autorizo a AFS a verificar y corregir esa información.

Esta Autorización permanecerá en efecto hasta que mi cuenta se pague en su totalidad a menos que yo cancele esta autorización llamando a AFS durante el horario de atención al (888) 253-4239, o escribiendo AFS en P.O. Box 3250, Central Point, OR 97502, al menos tres días hábiles antes de que AFS inicie el cargo que yo deseo que AFS cancele o en un plazo más breve que permita que AFS actúe a solicitud mía. **Me pondré en contacto con AFS lo más pronto posible antes de la fecha de pago si no tengo suficiente dinero en mi cuenta para cubrir mi pago, de modo que AFS pueda intentar detener el pago y organizar un método de pago diferente. Entiendo que mi institución financiera puede imponer una tarifa cada vez que se devuelve un cargo sin pagar y AFS no es responsable.**

Deberá conservar una copia para sus registros y enviar por fax el formulario completo al 1-844-965-9229 o escanear el formulario y enviar un correo electrónico seguro a mailadmin@actionfinancial.us.com. Al firmar abajo, usted reconoce que ha recibido, guardado, imprimido o hizo una copia de esta Autorización para sus registros.

Por favor completa la información a continuación:

Yo _____ autorizo a Action Financial Services a retirar de la cuenta
(nombre del titular de la cuenta)

que seleccioné a continuación en la cantidad de \$ _____ en el _____ día de cada mes.
(Cantidad)

Dirección asociada con esta cuenta bancaria _____

Ciudad, estado, Código postal _____

Nombre del prestatario _____ Teléfono del prestatario _____

Firma del prestatario _____ Fecha _____

Firma del titular del banco si es diferente del prestatario _____

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Action Financial Services al 888-235-4239. Esta comunicación es de un cobrador de deudas. Esto un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida se utilizará para ese propósito.

Action Financial Services, LLC

Formulario de Autorización de Pago Recurrente

Número de cuenta o Seguro Social del prestatario _____

Por favor llene una de las siguientes opciones:

Tarjeta de débito:

Tipo de cuenta: Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/>
Nombre en la Tarjeta _____
Número de Tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____
CVV (3-numeros atrás de la tarjeta Visa/MasterCard) _____

Cheque Electrónico:

Nombre tal como aparece en su cuenta: _____
Número de ruta _____ Número de cuenta _____ Numero de Cheque _____
Nombre del banco donde se retirará el pago: _____
Cuenta de cheque o ahorros: _____ Cuenta personal o comercial: _____
** Proporcione la información de cuenta tal como aparece en su cheque **

Action Financial Services, LLC

Formulario de Autorización de Pago Recurrente

(COPIA PARA TUS EXPEDIENTES)

Firme y complete este formulario para autorizar a Action Financial Services, LLC a realizar un débito automático de su cuenta.

Al firmar este documento, autorizo a Action Financial Services, LLC. a cargar la cuenta identificada a continuación en o después de las fechas y en los montos establecidos a continuación. AFS puede cargar mi cuenta a las 12:01 a.m. P.T. en la fecha de pago. En caso de que cualquier cargo no sea exitoso, autorizo a AFS a reiniciar el cargo hasta dos veces. En caso de que AFS cometa un error al procesar un cargo, autorizo a AFS a iniciar un cargo para corregir el error. Si falta o es errónea alguna información que proporcioné a AFS con respecto a mi cuenta o institución financiera, autorizo a AFS a verificar y corregir esa información.

Esta Autorización permanecerá en efecto hasta que mi cuenta se pague en su totalidad a menos que yo cancele esta autorización llamando a AFS durante el horario de atención al (888) 253-4239, o escribiendo AFS en P.O. Box 3250, Central Point, OR 97502, al menos tres días hábiles antes de que AFS inicie el cargo que yo deseo que AFS cancele o en un plazo más breve que permita que AFS actúe a solicitud mía. **Me pondré en contacto con AFS lo más pronto posible antes de la fecha de pago si no tengo suficiente dinero en mi cuenta para cubrir mi pago, de modo que AFS pueda intentar detener el pago y organizar un método de pago diferente. Entiendo que mi institución financiera puede imponer una tarifa cada vez que se devuelve un cargo sin pagar y AFS no es responsable.**

Deberá conservar una copia para sus registros y enviar por fax el formulario completo al 1-844-965-9229 o escanear el formulario y enviar un correo electrónico seguro a mailadmin@actionfinanciam.us.com. Al firmar abajo, usted reconoce que ha recibido, guardado, impreso o hizo una copia de esta Autorización para sus registros.

Por favor completa la información a continuación:

Yo _____ autorizo a Action Financial Services a retirar de la cuenta
(nombre del titular de la cuenta)

que seleccioné a continuación en la cantidad de \$ _____ en el _____ día de cada mes.
(Cantidad)

Dirección asociada con esta cuenta bancaria _____

Ciudad, estado, Código postal _____

Nombre del prestatario _____ Teléfono del prestatario _____

Firma del prestatario _____ Fecha _____

Firma del titular del banco si es diferente del prestatario _____

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Action Financial Services al 888-235-4239. Esta comunicación es de un cobrador de deudas. Esto un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida se utilizará para ese propósito.

Action Financial Services, LLC

Formulario de Autorización de Pago Recurrente

(COPIA PARA TUS EXPEDIENTES)

Número de cuenta o Seguro Social del prestatario _____

Por favor llene una de las siguientes opciones:

Tarjeta de débito:

Tipo de cuenta: Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/>
Nombre en la Tarjeta _____
Número de Tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____
CVV (3- números atrás de la tarjeta Visa/MasterCard) _____

Cheque Electrónico:

Nombre tal como aparece en su cuenta: _____
Número de ruta _____ Número de cuenta _____ Numero de Cheque _____
Nombre del banco donde se retirará el pago: _____
Cuenta de cheque o ahorros: _____ Cuenta personal o comercial: _____
** Proporcione la información de cuenta tal como aparece en su cheque **

Action Financial Services, LLC

Formulario de Autorización de Pago Recurrente

DIVULGACIÓN IMPORTANTE CON RESPECTO A SUS PAGOS RECURRENTE:

Pagos: Action Financial Services, LLC (AFS) acreditará sus pagos a partir de la fecha en que se reciben. Le vamos a enviar un recordatorio de pago mensual antes de la fecha programada de transferencia

Días hábiles: para fin de estas divulgaciones, nuestros días hábiles son de lunes a viernes. Las vacaciones no están incluidas.

Tipo de transferencia: Podemos procesar su pago a partir de las 12:01 a.m., hora estándar del Pacífico, en la fecha de pago. En caso de que cualquier cargo no sea exitoso, usted nos autoriza a reiniciar el cargo hasta dos veces. En el caso de que cometamos un error al procesar un cargo, nos autoriza a iniciar un cargo para corregir el error. Si la información que nos proporcionó con respecto a su Tarjeta o institución financiera falta o es errónea, nos autoriza a verificar y corregir dicha

Contactando a AFS: Si nota algún problema con respecto a su pago, incluyendo cualquier error o pago no autorizado, si cree que su recordatorio de pago es incorrecto o si necesita más información sobre una transferencia incluida en el recordatorio de pago, comuníquese con Action Financial Services, LLC al (888) 253-4239 entre las 8 a.m. a 5 p.m. Hora del Pacífico, de lunes a viernes, a nuestro correo electrónico mailadmin@actionfinancial.us.com, o por correo a (dirección) PO Box 3250 Central Point, Oregon 97502

Resolución de error: Debemos recibir noticias tuyas no más de 60 días después de que reciba el PRIMER, recibo o recordatorio de pago en el que apareció el problema o error. Proporcione la información siguiente para que podamos abordar sus inquietudes: (1) Díganos su nombre y número de cuenta; (2) Describa el error o la transferencia de la que no está seguro y explique con la mayor claridad posible por qué cree que es un error o por qué necesita más información. (3) Díganos el monto en dólares del supuesto error. Si nos informa oralmente, podemos solicitar que nos envíe su reclamo o pregunta por escrito dentro de los 10 días hábiles, junto con los recibos o declaraciones de respaldo. Determinaremos si se produjo un error dentro de los 10 días hábiles después de recibir su respuesta y corregiremos cualquier error de inmediato. Si investigamos y determinamos que no se cometió ningún error, le enviaremos una explicación por escrito. Puede solicitar copias de los documentos que usamos en nuestra investigación.

Cancelación de pagos: Usted tiene el derecho de cancelar este acuerdo de pago o suspender cualquier pago comunicándose con nosotros a los números de teléfono o a la dirección que figura más arriba. Sin embargo, su solicitud para cancelar, detener o cambiar su fecha de pago debe hacerse 3 días hábiles o más antes de la fecha programada de la transferencia. Si llama a esta solicitud, también podemos solicitarle que envíe su solicitud por escrito y que nos la envíe dentro de los 14 días posteriores a su llamada.

Responsabilidad de AFS: Si nos ordena que detengamos uno de estos pagos 3 días hábiles o más antes de que se programe la transferencia, y no lo hacemos, seremos responsables de sus pérdidas.

Responsabilidad del pagador: la cancelación, la suspensión de su tarjeta de crédito o cuenta corriente o fondos insuficientes para cubrir su pago mensual pueden afectar sus pagos recurrentes autorizados y su capacidad para completar el Programa de rehabilitación de préstamos estudiantiles. Notifique a nuestra oficina al menos con 3 días hábiles de anticipación si cree que no tiene fondos suficientes para cubrir su pago, de modo que podamos intentar detener el pago y coordinar un método de pago diferente.

Tarifas: su institución financiera puede imponer tarifas de transacción en el curso normal de los negocios, o una tarifa cada vez que un cargo se devuelve sin pagar y no somos responsables por esas tarifas.

Confidencialidad: Divulgaremos información a terceros sobre su cuenta o las transferencias que realice: (i) cuando sea necesario para completar las transferencias, o (ii) para cumplir con la agencia gubernamental o las órdenes judiciales, o (iii) Si nos da su permiso por escrito.

Esta comunicación es de un cobrador de deudas. Este es un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida será utilizada para ese fin.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con su representante al 888-253-4239.