



INTEGRITY. EXPERTISE. SERVICE. INNOVATION.  
NMLS #3056

11281 Business Park Circle • Firestone, CO 80504-9534  
720-494-2740 • [www.centennial-lending.com](http://www.centennial-lending.com)

## AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Por la presente autorizo a Centennial Lending, LLC, en adelante denominado PRESTAMISTA, a iniciar débitos en mi (nuestra) cuenta indicada a continuación y en la institución financiera nombrada a continuación, en adelante denominada INSTITUCIÓN FINANCIERA. Reconozco (reconocemos) que el inicio de transacciones ACH en mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de los EE. UU. Además, acepto (aceptamos) que el monto del pago puede ajustarse ocasionalmente debido a cambios en los montos de los artículos en custodia, la tasa de interés para préstamos con tasa variable o cargos por pagos atrasados. En caso de que se deba emitir un reembolso o crédito a mi favor, también autorizo (autorizamos) que dicho monto sea acreditado a mi (nuestra) cuenta indicada a continuación, en lugar de emitir un cheque u otro tipo de pago.

Los pagos que se intenten pero sean devueltos por fondos insuficientes (NSF) están sujetos a una tarifa NSF según lo determine la(s) ley(es) del estado en el que resida. Esta tarifa será la menor entre la permitida por la ley estatal o \$25.00.

Nombre de la Institución Financiera: \_\_\_\_\_

Dirección de la Institución Financiera: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Ruta: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre en la Cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta: CUENTA CORRIENTE\_\_\_\_ AHORROS\_\_\_\_ (MARQUE UNA)\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PAGO

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Día de Pago (indique el día (1° al 31°) para realizar el débito): \_\_\_\_\_

Monto en Dólares: \$\_\_\_\_\_

Aplicar al Número de Cuenta del Préstamo: \_\_\_\_\_

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que el PRESTAMISTA reciba una notificación por escrito de mi parte para su cancelación o el pago total del saldo pendiente, con el tiempo y forma suficientes para que el PRESTAMISTA y la INSTITUCIÓN FINANCIERA puedan actuar en consecuencia. Esta autorización puede ser cancelada unilateralmente por el PRESTAMISTA en casos de devoluciones excesivas o abuso por parte del miembro.

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE UN CHEQUE ANULADO A ESTE FORMULARIO \*\*\*

Solo para uso interno:

Aporte\_\_\_\_\_

Verificada\_\_\_\_\_