

Lo invitamos a inscribirse en AUTOPAGO, nuestro conveniente programa de retiro automático. AUTOPAGO transfiere automáticamente sus pagos a Franklin Credit Management Corporation ("FCMC") de su cuenta de cheques a FCMC al vencimiento del pago. Cada transacción se registra como un débito en su estado de cuenta. AUTOPAGO está disponible para prácticamente todo tipo de cuentas bancarias o de depósito desde las cuales se giran cheques o giros. Este servicio está diseñado exclusivamente para aquellas cuentas que estén al día a la fecha de inicio.

**INSTRUCCIONES:**

- Marque el encasillado de confirmación abajo, llene y firme el acuerdo de autorización adjunto.
- Provea un cheque en blanco y escríbale "NULO."
- Devuelva este formulario y un cheque nulo a FCMC, **por lo menos 15 días antes de la fecha de vencimiento.**
- Tenga en cuenta que los días de débito están limitados al 1<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup>, 15<sup>o</sup>, 21<sup>o</sup> y 25<sup>o</sup> día del mes (en adelante, Día de Débito). Tanto los Días de Débito como su periodo de gracia deberán ajustarse a cada fecha de vencimiento. Tenga en cuenta que el pago se debitará de su cuenta de banco el Día de Débito más cercano a, **pero no antes**, de su fecha de vencimiento (si su fecha de vencimiento es el Día de Débito, el débito se realizará en su fecha de vencimiento). Sin embargo, si un pago vence durante el fin de semana o durante un día festivo, FCMC iniciará el débito y lo acreditará a su cuenta de FCMC el próximo día laborable.

Nota: **Si está usando una CUENTA DE AHORRO, deberá indicarlo en el siguiente Formulario ACH.**

Sí, deseo suscribirme a AUTOPAGO. He leído y entiendo el Acuerdo de Autorización para el Programa de Autopago de Franklin Credit, y las Reglas del Programa de Autopago, que se incluyen en este documento.

**ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA EL PROGRAMA DE AUTOPAGO DE FRANKLIN CREDIT**

Yo (nosotros), por la presente, autorizo y solicito a Franklin Credit Management Corporation (FCMC) a iniciar el débito electrónico o a efectuar un cargo mediante cualquier otra práctica comercialmente aceptable a mi (nuestra) cuenta que indico a continuación en la institución financiera que indico abajo ("BANCO"), y Yo (nosotros) autorizo y solicito al Banco a honrar todos los débitos que inicie FCMC y a debitar los mismos de dicha cuenta. Esta autoridad está relacionada a mi (nuestro) número de cuenta con FCMC y el programa de pagos descritos en el mencionado contrato. Esta autoridad se mantendrá vigente hasta que se completen los pagos programados o hasta que FCMC y el BANCO reciban una notificación de terminación escrita de mi parte (o de cualquiera de nosotros) en el momento y de tal manera que les provea a FCMC y al BANCO una oportunidad razonable para tomar acción en cuanto a la misma.

**REGLAS DEL PROGRAMA DE AUTOPAGO DE FRANKLIN CREDIT**

1. Sus préstamos deberán estar al día y no deberán existir cargos pendientes de pago antes de que se suscriba al programa.
2. Cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes deberá ser reemplazado (mediante otro método de pago) dentro de los 5 días laborales siguientes a la notificación de insuficiencia de fondos o usted será removido del PROGRAMA DE AUTOPAGO.
3. No se permitirá más de una transacción por fondos insuficientes por año natural. De excederse esta cantidad, usted será removido del PROGRAMA DE AUTOPAGO.
4. Cualquier solicitud de retención o suspensión de un cheque, deberá recibirse cinco (5) días laborales antes de la fecha de emisión del cheque.

¿AHORROS?: (Sí) \_\_\_\_\_ (No) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA DE FCMC: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRESTATARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL BANCO: \_\_\_\_\_

FIRMA\*: \_\_\_\_\_

SUCURSAL BANCARIA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL BANCO: \_\_\_\_\_

Deberán firmar todos los depositantes si se requiere más de una firma.

CO-PRESTATARIO: \_\_\_\_\_

AÑADA AL PRINCIPAL: \$ \_\_\_\_\_ (OPCIONAL)

FIRMA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO: (mes y año) \_\_\_\_\_

**CIRCULE EL DÍA DE DÉBITO (1<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup>, 15<sup>o</sup>, 21<sup>o</sup> y 25<sup>o</sup>) no podrá ser anterior a su Fecha de Vencimiento y deberá estar incluido dentro de su Periodo de Gracia.**

Por favor, tenga en cuenta que el Programa de AutoPago no debitará pagos de préstamos atrasados. Su pago se aplicará al mes corriente. Si por alguna razón se registra una ocurrencia de fondos insuficientes, usted deberá reemplazar ese pago para que se debite automáticamente el mes siguiente.

\*Todos los depositantes de la cuenta deberán firmar, si su Banco requiere más de una firma. He leído y entiendo el Acuerdo de Autorización para el Programa de Autopago de Franklin Credit, y las Reglas del Programa de Autopago, que se incluyen en este documento.

**DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO (2 PÁGINAS) JUNTO CON SU CHEQUE NULO**

**A: FRANKLIN CREDIT MANAGMENT CORP  
101 Hudson Street, 25<sup>th</sup> Floor  
Jersey City, NJ 07302  
A/A: Jennifer Lynch  
Teléfono: 1-201-604-1800  
Fax: 201-839-4351**

**Nota: Por favor, retenga una copia de este formulario (2 páginas) para sus archivos.**