



Área de Servicios de Retiro

## AUTORIZACION DEPOSITO DIRECTO

Cuenta Nueva

Cambio de Cuenta

Participante

Pensionado

Beneficiario

### I. Instrucciones para el Solicitante:

1. Complete esta forma e incluya una copia de un cheque cancelado o una hoja de depósito procesada por la Institución Financiera. El cheque o la hoja de depósito, debe tener el número de cuenta, ruta y tránsito impresos.
2. De no tener cheque ni hoja de depósito, deberá llevar esta forma para que la certifique la Institución Financiera.

### II. Datos del Solicitante

Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial		Seguro Social	Teléfono Residencial	Teléfono Celular
Correo Electrónico		Fecha de Nac. (D-M-A)		
Dirección Residencial			Dirección Postal <input type="checkbox"/> Igual a la Residencial	
Urb, Cond, Box				
Núm, Calle, Ave, Edif, Apt,			P O Box, HC Box, RR Box	
Ciudad	Estado	Zip + 4	Ciudad	Estado Zip + 4

### III. Datos de la Cuenta a Cancelar (Si aplica)

Tipo de Cuenta

Ahorros

Corriente

Tarjeta de Nómina

Nombre de la Institución Financiera	Número de Ruta y Tránsito	Número de Cuenta
(Vea el cheque en la parte inferior izquierda)		(Vea el cheque en la parte inferior derecha)
Nota: <b><u>Deberá asegurarse de no cerrar esta cuenta en tanto comience a recibir sus depósitos en la nueva cuenta.</u></b>		

### IV. Datos de la Cuenta Nueva

Tipo de Cuenta

Ahorros

Corriente

Nombre de la Institución Financiera	Número de Ruta Tránsito	Número de Cuenta
(Vea el cheque en la parte inferior izquierda)		(Vea el cheque en la parte inferior derecha)
Firma del Solicitante	Nombre del Tutor (si aplica)	Firma del Tutor
Fecha (día/mes/año)	Correo Electrónico del Tutor	Tel Res. Del Tutor
		Tel. Cel del Tutor

Autorizo al Sistema de Retiro para Maestros (SRM) a depositar el importe neto en la Institución Financiera y en la cuenta bancaria aquí asignada. Esta autorización no es una renuncia a mi derecho de recibir el pago y revoca todas las directrices anteriores aplicables al mismo. Entiendo que la Institución Financiera aquí designada como el SRM, se reservan el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento en que deje de cumplir con alguno de los requisitos. Por mi parte, esta autorización continuará en efecto hasta tanto yo notifique por escrito la cancelación de la misma con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de dicha cancelación.

**VI. Certificación de la Institución Financiera**

En caso de no tener una hoja de depósito procesada por la Institución Financiera o un cheque cancelado, deberá llevar esta forma para que sea completada por un Funcionario Autorizado.

**VII. Para uso de la Institución Financiera**

Nombre de la Institución Financiera

Número de Ruta y Transito

Número de Cuenta

Tipo de Cuenta

Nombre del Oficial Autorizado

Firma

Fecha (D-M-A)

Teléfono

Facsímil

**Sello Oficial de la Institución**



**VIII. Para Uso de SRM**

Aprobado     Denegado    Razón: \_\_\_\_\_

Procesado por:

Puesto

Fecha (D-M-A)

Nombre del Representante Autorizado

Puesto

Fecha (D-M-A)

Firma

Fecha de Comienzo del Depósito (Si aplica)