



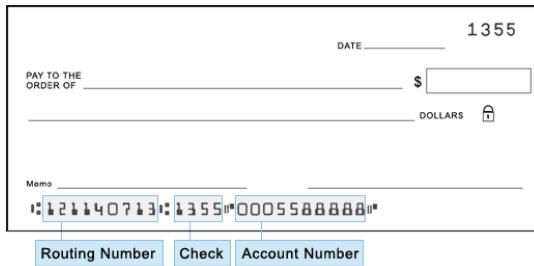
6055 E. Washington Blvd Suite 1090
 Commerce, CA 90040
 Phone: (323) 722-0812 Fax: (323) 722-0830
 www.mahoneygroup.com



Automatic Payment Authorization

Date: _____ Policy Effective: _____
 Insured: _____
 Policy Number: _____ Monthly Premium: _____

Banking Information



Bank Name: _____
 Routing Number: _____
 Account Number: _____

Auto Monthly Payment

By signing, I _____ (print name), hereby authorize The Mahoney Group/ICANA to automatically withdraw the stated monthly premium from the above stated bank account on 1st of each month in which my policy remains active.

Pay By Phone

By signing, I _____ (print name), hereby authorize The Mahoney Group/ICANA to automatically withdraw the stated monthly premium from the above stated bank account at the time I wish to authorize a monthly payment by phone.

**Note: After multiple NSF(non-sufficient funds) occurrences, cash/cashier check payment will be required.*

Insured Signature: _____ Date: _____
 Agent/Broker Signature: _____ Date: _____

For Office Use Only

Date Rec'd: _____	
<input type="checkbox"/> Accounting Processed	Date: _____
<input type="checkbox"/> ACH Bank Set-up	Date: _____



6055 E. Washington Blvd Suite 1090
 Commerce, CA 90040
 Phone: (323) 722-0812 Fax: (323) 722-0830
 www.mahoneygroup.com



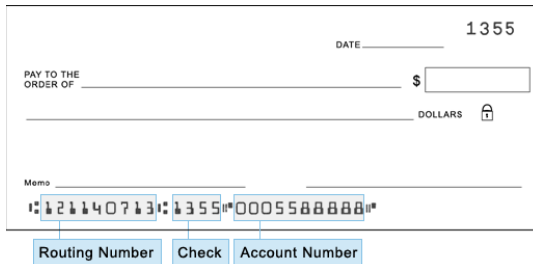
Autorización de Pago Automático

Fecha: _____ Póliza Efectiva: _____

Nombre del Asegurado: _____

Numero de Póliza: _____ Mensualidad: _____

Información Bancaria



Nombre del Banco: _____

Número de Ruta: _____

Número de Cuenta: _____

Pago Automático Mensual

Al firmar, yo _____ (escriba su nombre), autorizo a The Group Mahoney / ICANA que automáticamente retire la mensualidad declarada de la cuenta del banco indicada, el 1° de cada mes mientras mi póliza se mantenga activa.

Pago Por Teléfono

Al firmar, yo _____ (escriba su nombre), autorizo a The Group Mahoney / ICANA que automáticamente retire la mensualidad declarada de la cuenta del banco indicada, en el momento que autorizo un pago por teléfono.

**Nota: Después de múltiples ocurrencias de 'fondos insuficientes', dinero en efectivo/cheque bancario sería requerido.*

Firma del Asegurado: _____ Fecha: _____

Firma del Agente: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Date Rec'd: _____

Accounting Processed Date: _____

ACH Bank Set-up Date: _____