

Autorización de Cierre de Cuenta

Completa este formulario para autorizar a la institución financiera anterior el cierre de tu cuenta. Debe firmar toda persona autorizada en la cuenta. **Asegúrate de que todos tus pagos pendientes hayan sido cobrados y todos tus depósitos se hayan transferido a la cuenta nueva.**

Nombre de la institución financiera: _____

Dirección: _____

Efectivo _____, Yo _____ y/o _____ autorizo cerrar la
(FECHA) (PRINCIPAL) (CO-FIRMANTE)
siguiente cuenta: _____ y enviar el balance pendiente a la dirección incluida al
final de este formulario o transferirlo a:

Nombre institución financiera actual: _____

Número de ruta y tránsito: _____

Número de cuenta: _____

Gracias.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, a continuación mi información de contacto:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma

Fecha

Firma Co-firmante

Fecha