

DISABILITY BENEFIT DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION

(AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO DE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD)

*Administered by Group Reinsurance Plus (GRP), a segment of Group Benefits, a division of The Hartford (Administrado por Group Reinsurance Plus [Reaseguro colectivo plus; GRP], un segmento de Group Benefits [Beneficios colectivos], una división de The Hartford)**

If my application for Disability Plan benefits is approved, I hereby authorize DMBA or its administrator to send my Disability Plan benefit payment to the financial institution indicated below for direct deposit into my account. (Si se aprueba mi solicitud de beneficios del Disability Plan (Plan de discapacidad), por la presente autorizo a DMBA o a su administrador a enviar el pago de los beneficios de mi plan a la institución financiera que se indica a continuación para su depósito directo en mi cuenta.)

Check one (marque uno): ☐ Bank (banco) ☐ Credit Union (cooperativa de crédito)

Please attach a voided check below to show DMBA or its administrator the exact position of your account number. (Adjunte un cheque anulado a continuación para mostrar a DMBA o a su administrador la posición exacta de su número de cuenta.)

DEPOSIT SLIPS ARE NOT ACCEPTED

(NO SE ACEPTAN RECIBOS DE DEPÓSITO)

Financial Institution, Routing Transit Number, and Account Number (institución financiera, número de ruta de tránsito y número de cuenta)

Institution name (nombre de la institución): _____

Institution routing transit number (número de ruta y tránsito de la institución): _____

Account number (número de cuenta): _____ Check one (marque uno): ☐ Checking (cuenta corriente) ☐ Savings (cuenta de ahorros)

Institution street address (dirección de la institución): _____

City (ciudad): _____ State (estado): _____ ZIP: _____ Phone (teléfono): _____

I understand that I may end or change this agreement at any time by notifying DMBA or its administrator in writing, allowing DMBA or its administrator reasonable time to act upon my notification. (Entiendo que puedo terminar o cambiar este acuerdo en cualquier momento notificando a DMBA o a su administrador por escrito, dando a estos un tiempo razonable para actuar sobre mi notificación.)

Signature (firma): _____ Date (fecha): _____

Check one ☐ Add: Deposit my pay to the account shown. (Agregar: Depositar mi pago en la cuenta que se muestra.)

(Marque uno) ☐ Cancel: Stop my direct deposit. (Cancelar: Detener mi depósito directo.)

☐ Change: Change my financial institution and/or account number. (Cambiar: Cambiar mi institución financiera y/o número de cuenta.)

Because of the required time for processing, any forms received after the 20th of the month may not be directly deposited until the following monthly payroll period. You will receive a regular paycheck until the change is processed. (Debido al tiempo requerido para el procesamiento, cualquier formulario recibido

después del día 20 del mes no se puede depositar directamente hasta el siguiente periodo de nómina mensual. Recibirá un cheque de pago regular hasta que se procese el cambio.)

Please return this completed form to DMBA, Attention: Group Claims, P.O. Box 14294, Lexington, KY 40512-4294, or fax it to 855-864-0530.

For questions, call GRP at 855-874-7331. (Envíe este formulario completo a DMBA, Atención: Group Claims, P.O. Box 14294, Lexington, KY 40512-4294 o por fax al 855-864-0530. Si tiene preguntas, llame al GRP al 855-874-7331.)

* The Hartford is The Hartford Financial Services Group, Inc. and its subsidiaries, including the underwriting company Hartford Life and Accident Insurance Company.
(The Hartford es The Hartford Financial Services Group, Inc. y sus subsidiarias, incluida la compañía de suscripción Hartford Life and Accident Insurance Company.)