



AMERICAN EAGLE BANK

556 RANDALL ROAD * SOUTH ELGIN, IL 60177 2255 N. WESTERN AVE. * CHICAGO, IL 60647
847-742-7400 * FAX: 847-742-7824 773-328-2350 * FAX 773-328-2390
WEBSITE: www.amEbank.com

AUTOMATED CLEARING HOUSE (ACH) AUTHORIZATION

ONLY FULLY COMPLETED FORMS WILL BE PROCESSED

I authorize American Eagle Bank to **DEBIT – CREDIT** (select one) my account through the ACH process as follows:

- Name of Bank : _____
- Address: _____
- City, State and Zip: _____
- Name on Account: _____
- Account Type: **CHECKING – SAVINGS – LOAN** (select one)
- Account Number: _____
- Routing Number: _____

A COPY OF A VOIDED CHECK OR ACCOUNT DEPOSIT TICKET OR STATEMENT IS REQUIRED

- Date to Begin: _____ Frequency: Monthly Dollar Amount: \$ _____
- Date to Discontinue: _____ Number of Transfers: _____

CREDIT – DEBIT (select one)

- American Eagle Bank Account No. (omit leading zeros): _____
- Name(s) on AEB Account: _____
- Telephone Number: _____

I understand that if in two separate months my account does not have sufficient funds to cover the above transaction the ACH will be terminated. If you wish to stop the ACH you must notify the Bank thirty (30) days in advance of the transaction date. Letter of confirmation will be mailed to you upon completion of ACH set up.

Authorized Signature: _____

Date: _____



AMERICAN EAGLE BANK

556 RANDALL ROAD * SOUTH ELGIN, IL 60177 2255 N. WESTERN AVE. * CHICAGO, IL 60647
847-742-7400 * FAX: 847-742-7824 773-328-2350 * FAX 773-328-2390
WEBSITE: www.amEbank.com

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DÉBITO DE CÁMARA (ACH) SE PROCESARÁN SÓLO FORMAS COMPLETADAS

Autorizo al Banco American Eagle para DÉBITO – CRÉDITO (Seleccione uno) de mi cuenta a través del proceso ACH como sigue:

- Nombre Del Banco : _____
- Dirección: _____
- Ciudad, Estado y Código Postal: _____
- Nombre en la Cuenta: _____
- Tipo de Cuenta: **CHEQUES – AHORROS – PRÉSTAMO** (Seleccione una)
- Número de Cuenta: _____
- Número de Ruta: _____

UNA COPIA DE UN CHEQUE CANCELADO O UN BILLETE DE CUENTA DE DEPÓSITO SE REQUIERE

- Fecha para Empezar: _____ Cantidad Mensual: \$ _____
- Fecha para Descontinuar: _____ Número de Transferencias: _____

CREDITO – DEBITO (seleccione una)

- Número de Cuenta de American Eagle Bank (omitir ceros principales): _____
- Nombre (s) en la cuenta AEB: _____
- Número de Teléfono: _____

Entiendo que si en dos meses mi cuenta no tiene fondos suficientes para cubrir la transacción anterior el ACH será finalizado. Si desea detener el ACH usted debe notificar al Banco treinta (30) días antes de la fecha de transacción. Se enviará una carta de confirmación al terminar de configurar el ACH.

Firma autorizada: _____

Fecha: _____