



AMERICAN EAGLE BANK
 556 RANDALL ROAD * SOUTH ELGIN, IL 60177
 847-742-7400 * FAX: 847-742-7824

AMERICAN EAGLE BANK OF CHICAGO
 2255 N WESTERN AVENUE * CHICAGO, IL 60647
 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: _____
- Account Title: _____
- Account Type: **CHECKING – SAVINGS – LOAN** (select one)
- Account Number: _____
- Routing Number: _____

**☞ A COPY OF A VOIDED CHECK OR
 ACCOUNT DEPOSIT TICKET 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
 847-742-7400 * FAX: 847-742-7824

AMERICAN EAGLE BANK OF CHICAGO
 2255 N WESTERN AVENUE * CHICAGO, IL 60647
 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: _____
- Título de 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: _____