



Instrucciones

- Por favor, escriba en letra de imprenta o tipee.
- Por favor, adjunte un cheque nulo o un recibo de depósito para la nueva cuenta.
- Debe completar **toda** la información para que procesemos este formulario.
- Devuelva este formulario a BWC Benefits Payable, P.O. Box 15429, Columbus, OH 43215-0429

*Nueva información bancaria		
NOTA: Complete esta sección si está cambiando la información relativa al depósito directo. Por favor, conserve su vieja cuenta bancaria abierta hasta que los pagos comiencen a ser recibidos en su nueva cuenta bancaria.		
Nombre del banco		
Titular de la cuenta		
Número de ruta de tránsito bancario	Número de cuenta bancaria	Marque uno <input type="checkbox"/> Cta. corriente <input type="checkbox"/> Caja de ahorro

Información del empleado lesionado	
Nombre del empleado lesionado	Número de teléfono actual ()
Número de Seguro Social	Número(s) de reclamo(s)

Firma del empleado lesionado	Fecha
------------------------------	-------

