



FasTrak® Customer Service Center
PO Box 26926
San Francisco, CA 94126
www.bayareafastrak.org
1-877-BAY-TOLL (1-877-229-8655)
Fax 1-415-974-6356

Formulario de cierre de cuenta

Número de Cuenta de FasTrak (o si no lo sabe, número del dispositivo electrónico de peaje)	
Nombre/compañía*	
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	
Teléfono diurno	
Teléfono nocturno	

Número de dispositivos devueltos		Marque esta casilla para indicar que <u>no</u> devolverá su(s) dispositivo(s) electrónico(s) de peaje.
--	--	--

Importante: Los dispositivos DEBEN ser devueltos junto con su solicitud de cierre de cuenta. Se aplicará un cargo de \$20.00 por cada dispositivo no devuelto. No se proporcionarán créditos/reembolsos adicionales si los dispositivos son devueltos después de haber cerrado la cuenta.

Dirección de reembolso: (si es diferente a la de arriba)

Dirección	
Ciudad, estado, código postal	

Nota: Los reembolsos se tramitan en aproximadamente 30 días a fin de permitir el registro de las transacciones después de haber presentado la solicitud de cierre. En cuentas con efectivo/cheque, los reembolsos se realizarán con cheque. En cuentas con tarjeta de crédito, se aplicará un crédito a la tarjeta de crédito de la cuenta.

Firma:

Deben firmar todas las partes que aparecen en la cuenta*		Fecha:	
---	--	--------	--

**En cuentas comerciales, el contacto indicado en la cuenta debe firmar un Formulario de cierre de cuenta. Si se indican contactos múltiples, sólo un contacto debe firmar el Formulario de cierre de cuenta. Si no se indica ningún contacto, debe presentarse una carta en papel comercial membretado firmada por un funcionario de la compañía solicitando el cierre de la cuenta.*

Motivo del cierre:

Mudanza (Nueva dirección proporcionada arriba)

Cambio de empleo/jubilación

Muerte del titular de la cuenta

**Como verificación, sírvase incluir una copia del certificado de defunción, una copia de la Carta Poder si se ha establecido un caudal hereditario, u otros documentos (por ej., obituario, folleto del funeral, etc.).*

Insatisfecho con el servicio (Explique):	
Otro (Explique):	

Por favor califique nuestro servicio al cliente

Excelente

Superior al
promedio

Promedio

Malo

PARA USO DE LA OFICINA EXCLUSIVAMENTE

Closing Balance: \$ _____ Toll Tag Deposit \$ _____

Method of Payment: Cash/Check Visa MasterCard Amex Discover

Total Refund: \$ _____

CSR: _____

Date: _____

Finance Initials: _____