



Direct Deposit Enrollment Form

You've worked hard to earn your Shaklee bonus, so why not get your reward faster? Complete the form below to sign up for direct deposit and start getting access to your bonus check funds the same day the checks are mailed from Home Office. Questions on how to complete the form? Give us a call at 1.800.SHAKLEE (1.800.742.5533).

WHY DIRECT DEPOSIT?

- Convenience: Your bonus check funds are automatically deposited in your account, making them immediately accessible to you, no matter where you are.
- Reliability: Direct deposit eliminates the risk for lost, damaged, or stolen checks.
- Environmentally Friendly: The less paper we use, the better for the planet—and for you!

YOUR INFORMATION

Your Name <i>(Last)</i>	<i>(First)</i>	<i>(M.I.)</i>
-------------------------	----------------	---------------

Your Shaklee ID#	Financial Institution Name
------------------	----------------------------

Financial Institution Address

City/Town

State	Zip	Financial Institution Phone Number <i>(With Area Code)</i>
-------	-----	--

9-Digit Routing Transit Number

Checking Account Number <i>(Maximum 17 Digits)</i>
--

JOHN DOE 101
 123 YOUR STREET
 ANYWHERE, U.S.A. 12345 Date: _____

Pay to the order of _____ \$ _____ Dollars

Bank of America

ACH R/T 123456789

For _____ Signature _____

⦿000000000 ⦿1234567 ⦿101

ABA Check Routing Number	Account Number	Check Number	ACH Routing/Transit Number 123456789
--------------------------	----------------	--------------	---

PLEASE CHECK ONE

- NEW DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT:** I would like to use this bank account for direct deposit of my bonus check.
- UPDATE:** I am changing the previous account used for direct deposit of my bonus check to the account listed above.
- CANCELLATION:** I would like to cancel use of this bank account for direct deposit of my bonus check.

AUTHORIZATION and RELEASE

I (we) hereby authorize Shaklee Corporation (the "COMPANY") to initiate deposit entries to my (our) account as indicated above, and the financial institution named above to credit the same to such account. I (we) further agree that such authorization is to remain in full force and effect until the COMPANY has received written instructions from me (or all of us) of its revocation. Please note: The COMPANY may, but is not required to, revoke this request if it has reason to believe the information listed above has changed, even if the COMPANY has not been notified of a change.

I (we) hereby release the COMPANY from any and all claims, damages, and causes of action whatsoever, including claims for the payment of bonuses and other compensation, arising out of payment to an accountholder other than the named individual(s) or entity listed below so long as the COMPANY makes payment to the account as listed herein. I (we) assume full liability for any errors in the information provided herein.

Signature *(IN INK)* Date

Other Signature *(IN INK)* Date

Other Signature *(IN INK)* Date

Other Signature *(IN INK)* Date

NOTE: All Members of the Distributorship must sign this application.

FAX COMPLETED FORM TO: 925.924.3888

OR MAIL COMPLETED FORM TO: Shaklee Corporation, Attn.: Field Support, P.O. Box 8040, Pleasanton, CA 94588

Formulario de Inscripción para Depósito Directo

Has trabajado mucho para obtener tus bonos Shaklee, ¿por qué no recibir tu recompensa más rápido? Completa el formulario que aparece a continuación y regístrate en el depósito directo para comenzar a tener acceso a los fondos de tus cheques de bono el mismo día que se despachan los cheques desde la Oficina Central. ¿Tienes dudas sobre cómo llenar el formulario? Llámanos al 1.800. SHAKLEE (1.800.742.5533).

POR QUÉ USAR DEPÓSITO DIRECTO?

- **Comodidad:** Los fondos de tus cheques de bonos se depositan automáticamente en tu cuenta, y son accesibles de inmediato sin importar donde te encuentres.
- **Confiable:** El depósito directo elimina el riesgo de cheques dañados, perdidos o robados.
- **Amigable con el ambiente:** Cuanto menos papel utilicemos mejor será para el planeta, ¡y para ti!

TUS DATOS

Tu nombre (Apellido) (Primer nombre) (Inicial)

Tu Shaklee ID# Nombre de la institución financiera

Dirección de la institución financiera

Ciudad/Población Date: _____

Estado Código Postal Teléfono de la institución financiera (con código de área)

Número de ruta y tránsito (ABA) de 9 dígitos

Número de cuenta (17 dígitos como máximo)

JOHN DOE 101
 123 YOUR STREET
 ANYWHERE, U.S.A. 12345
 Date: _____

Pay to the order of _____ \$ _____ Dollars

Bank of America

ACH R/T 123456789

For _____ Signature _____

⑆000000000 ⑆1234567 ⑆101

Número de ruta y tránsito (ABA)	Número de cuenta	Número de cheque	Número de ruta o tránsito ACH 123456789
---------------------------------	------------------	------------------	---

MARCA UNO

- NUEVA INSCRIPCIÓN EN DEPÓSITO DIRECTO:** Deseo utilizar esta cuenta bancaria para el depósito directo de mi cheque de bono.
- ACTUALIZACIÓN:** Estoy cambiando la cuenta anteriormente utilizada para el depósito directo de mi cheque de bono por la cuenta que detallo más arriba.
- CANCELACIÓN:** Deseo cancelar la utilización de esta cuenta bancaria para el depósito directo de mi cheque de bono.

AUTORIZACIÓN y DESCARGO

Por la presente autorizo (autorizamos) a Shaklee Corporation (la «COMPañÍA») a comenzar a realizar depósitos en mi (nuestra) cuenta según se indica más arriba, y a la institución financiera mencionada más arriba a acreditar en esa cuenta los montos depositados. Además acuerdo (acordamos) que tal autorización continuará plenamente en vigencia hasta que la COMPañÍA haya recibido instrucciones por escrito de mi parte (o de todos nosotros) para su revocación. Ten en cuenta lo siguiente: La COMPañÍA puede, sin estar obligada a ello, denegar esta solicitud si tiene algún motivo para creer que la información que se incluye más arriba se ha modificado, incluso en el caso de que la COMPañÍA no haya sido notificada de cambio alguno.

Yo (nosotros) liberamos a la COMPañÍA de todo reclamo, perjuicio o causa de acción cualquiera que fuera, incluyendo reclamos por pago de bonos y otras compensaciones que surjan del pago a un titular de cuenta distinto del (de los) individuo(s) o entidad que se incluye(n) abajo, siempre que la COMPañÍA efectúe el pago a la cuenta que allí se detalla. Yo (nosotros) asumo (asumimos) total responsabilidad respecto de cualquier error en la información que se provee por la presente.

Firma (EN TINTA)	Fecha
Otra firma (EN TINTA)	Fecha
Otra firma (EN TINTA)	Fecha
Otra firma (EN TINTA)	Fecha

NOTA: Todos los Miembros de la Entidad Distribuidora deben firmar este formulario.

ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO LLENO: 925.924.3888

O ENVIAR POR CORREO A: Shaklee Corporation, Attn.: Field Support, P.O. Box 8040, Pleasanton, CA 94588