**Ապահովագրության թույլտվություն և նպաստների նշանակում**

Ես**՝** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ),

 *Հաճախորդի անուն* Հ*DMH* հաճախորդի ID համարը

սույնով լիազորում եմ [AGENCY NAME]-ին հրապարակել կից ապահովագրական պահանջի ձևաթղթում պահանջվող տեղեկատվությունը:

**Ստորագրություն** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ամսաթիվ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ես սույնով նշանակում եմ և թույլատրում եմ բոլոր նպաստները վճարել ուղղակիորեն [AGENCY NAME].

Ստորագրություն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ծանուցում ապահովագրողին՝**

*Խնդրում ենք բոլոր կտրոնները վճարել* [**AGENCY NAME]** *և ուղարկել հետևյալ* հասցեին՝

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**Դաշնային հարկային I.D. համար՝[** **Agency Tax ID]**

Հարցերի դեպքում դիմել [Agency Billing Office]

* Էլ․ փոստի հասցե: [Billing Office/Contact e-mail]
* Հեռախոս՝ [Billing Office phone number]