**保險授權和福利給付轉讓**

本人，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_），

 *客戶姓名 DMH 客戶 ID#*

特此授權[AGENCY NAME]提供所附保險索賠表上要求的資料。

**簽名** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **日期** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人特此指定並授權直接向[AGENCY NAME]支付所有福利給付。

**簽名** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**向保險公司發出的通知：**

*請將所有支票的收款人指定為*[**AGENCY NAME]***，並郵寄至：*

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**聯邦稅號：[Agency Tax ID]**

如需諮詢，請聯繫[Agency Billing Office]

* 電子郵件：[Billing Office/Contact e-mail]
* 電話：[Billing Office phone number]