**مجوز بیمه و واگذاری مزایا**

اینجانب، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )،

 *نام مراجع شماره شناسایی مراجع DMH*

بدین‌وسیله به [AGENCY NAME] اجازه می‌دهم اطلاعات درخواستی در فرم مطالبه بیمه پیوست را در اختیار دیگران قرار دهد.

**امضا** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **تاریخ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اینجانب بدین‌وسیله واگذاری و اجازه پرداخت مستقیم کلیه مزایا به [AGENCY NAME] را اعلام می‌نمایم.

**امضا** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**اطلاعیه به بیمه‌گر:**

Agency Name

لطفاً کلیه چک‌ها در وجه صادر و به این نشانی پست شود:

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

Agency Tax ID

**شماره شناسایی مالیاتی فدرال:**

چنانچه سؤالی دارید، با [Agency Billing Office] تماس بگیرید

* ایمیل: [Billing Office/Contact e-mail]

Billing Office Phone Number

* تلفن: