**बीमा प्राधिकरण और लाभों का आबंटन**

मैं,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ),

 क्लाइंटकानामDMH क्लाइंटआईडी*#*

एतद्द्वारा [AGENCY NAME] को संलग्न बीमा दावा प्रपत्र पर मांगी गई जानकारी जारी करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ।

**हस्ताक्षर\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तारीख**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

मैं एतद्द्वारा सभी लाभों का भुगतान सीधे [AGENCY NAME] को सौंपता और अधिकृत करता/ती हूँ।

**हस्ताक्षर** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

बीमाकर्ताकोसूचना**:**

*कृपया सभी चेक* [AGENCY NAME] *को देय करें और इन्हें यहाँ मेल करें:*

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**फ़ेडरल टैक्स आई.डी. नंबर:[Agency Tax ID]**

पूछताछ के लिए, [Agency Billing Office] से संपर्क करें

* ई-मेल: [Billing Office/Contact e-mail]
* फ़ोन: [Billing Office phone number]