**Autorización de Seguros y Asignación de Beneficios**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ),

 *Nombre del cliente N.° de ID del cliente DMH*

por medio de la presente autorizo a [AGENCY NAME] a divulgar la información solicitada en el formulario de reclamo de seguro adjunto.

**Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente, asigno y autorizo el pago de todos los beneficios directamente a [AGENCY NAME].

**Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aviso al asegurador:**

*Haga todos los cheques pagaderos a* [**AGENCY NAME**]*y envíe un correo a*:

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**Número de identificación fiscal federal: [Agency Tax ID]**

Para consultas, póngase en contacto con la [Agency Billing Office]

* Correo electrónico: [Billing Office/Contact e-mail]
* Teléfono: [Billing Office phone number]