**การอนุมัติการประกันภัยและการโอนผลประโยชน์**

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ),

 *ชื่อลูกค้า หมายเลข DMH ID ของลูกค้า*

อนุญาตให้ [AGENCY NAME] เปิดเผยข้อมูลที่ร้องขอในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่แนบมาด้วย

**ลายเซ็น** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **วันที่** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามอบหมายและอนุมัติการจ่ายผลประโยชน์ทั้งหมดให้กับ [AGENCY NAME] โดยตรง

**ลายเซ็น** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ประกาศถึงผู้ประกันตน:**

*กรุณาสั่งจ่ายเช็คทั้งหมดให้กับ* **[AGENCY NAME]** *และส่งไปรษณีย์ไปยัง:*

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของรัฐบาลกลาง: [Agency Tax ID]**

หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อ [Agency Billing Office]

* อีเมล: [Billing Office/Contact e-mail]
* โทรศัพท์: [Billing Office phone number]