**Ủy quyền Bảo hiểm và Chỉ định Quyền lợi**

Tôi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ),

 *Tên Người Sử dụng Dịch vụ Số ID DMH của Người Sử dụng Dịch vụ*

qua đây cho phép [AGENCY NAME] tiết lộ thông tin được yêu cầu trên biểu mẫu yêu cầu bảo hiểm đính kèm.

**Chữ ký** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ngày** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bằng văn bản này, tôi chỉ định và cho phép việc thanh toán trực tiếp tất cả các quyền lợi cho [AGENCY NAME].

**Chữ ký** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Thông báo cho Công ty Bảo hiểm:**

*Vui lòng ghi người nhận trên tất cả các séc là* [**AGENCY NAME]** *và gửi đến*:

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**Mã số Thuế Liên bang:** **[Agency Tax ID]**

Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ [Agency Billing Office]

* E-mail: [Billing Office/Contact e-mail]
* Điện thoại: [Billing Office phone number]