

ASSIGNMENT OF BENEFITS

DATE: _____

INSURER BENEFITS ASSIGNMENTS

**I AUTHORIZE ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS TO THE
UNDERSIGNED PHYSICIAN OR SUPPLIER FOR SERVICES
RENDERED.**

Signed: _____
(Insured or Authorized person)

**I AUTHORIZE RELEASE OF ANY MEDICAL INFORMATION NECESSARY
TO PROCESS THIS CLAIM.**

Signed: _____
(Insured or Authorized person)

ASIGNACION DE BENEFICIOS

FECHA: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS POR EL ASEGURADOR

**YO AUTORIZO AL SEGURO ASIGNADO DE PAGAR POR LOS
SERVICIOS MEDICOS RECIBIDOS, AL MEDICO O PROVEEDOR.**

Firma: _____
(del asegurado o persona autorizada)

**YO AUTORIZO LA ENTREGA DE CUALQUIR INFORMACION MEDICA
NECESARIA PARA PROCESAR DEMANDA.**

Firma: _____
(del asegurado o persona autorizada)