

FORMA de DEMANDA - muerte accidental o muerte y desmembración accidentales

INSTRUCCIONES:

- 1. Llene el formulario en por completo (por favor impresión).
- 2. incluya los documentos que pertenecen a la demanda
(por ejemplo: partida de defunción, cuentas médicas)
- 3. vuelva el formulario llenado y documentos a:

International Risk Management Group
4414 Route 202
Doylestown, PA 18901 U.S.A
(215)794-1488
(215)794-1498 FAX

Nombre de la persona de los asegurados: _____

Dirección: _____

Número De Seguridad Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la pérdida: _____

La demanda se está haciendo para: MUERTE: _____
 DESMEMBRACIÓN: _____

Si la desmembración, especifica por favor:

Describe cómo y donde ocurrió la pérdida:

Tratamiento Médico: Enumere por favor todos los abastecedores, servicios y fechas

Nombre Del Abastecedor	Fecha of Servicios	Tipo de Servicios

AUTORIZO al cualquier médico, médico facultativo, hospital, clínica, facilidad del cuidado médico, la otra facilidad médica o medicamento relacionada, seguro o compañía reinsuring, los Medical Information Bureau, Inc., agencia de divulgación de consumidor, o patrón que tiene información disponible como diagnosis, tratamiento, y pronóstico con respecto a cualquier condición y/o tratamiento físicos o mentales de mí o de mis niños de menor importancia a dar al International Risk Management Group cualquiera y a toda tal información.

ENTIENDO el propósito de esta autorización es permitir que International Risk Management Group determine la elegibilidad para la vida o ventajas del seguro médico bajo una vida o política sanitaria. Ninguna información obtenida no será lanzada por el International Risk Management Group, a ninguna persona u organización EXCEPTO a las compañías reinsuring, los Medical Information Bureau, Inc., o las otras personas u organización que realiza negocio o servicios jurídicos en la conexión con mi política, demanda o como puede ser requerido de otra manera legal o pues yo puede autorizar más lejos.

SÉ que puedo solicitar para recibir una copia de esta autorización.

CONVENGO que una copia photostatic de esta autorización será tan válida como la original.

CONVENGO que esta autorización será válida para dos y una mitad de los años a partir de la fecha demostrada abajo.

Firma de la persona de los asegurados, del esposo que sobrevive o del beneficiario:

Firmó esto _____ día de _____, 20_____