



Date: _____

Claim Number: _____

AUTHORIZATION FOR MEDICAL RECORDS AND REPORTS

I, the undersigned, authorize any physician or nurse who has attended me, or any hospital at which I have been confined, to furnish to any authorized representative of Packard Claims Administration any and all information which may be requested regarding my physical condition and treatment rendered thereof and, if necessary, to allow them or any physician appointed by them to examine any X-ray pictures taken of me or records regarding my physical condition or treatment.

A photo static copy of this authorization is to be given the same force and effect as the original.

AUTORIZACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS E INFORMES

El abajo firmante, autorizar a cualquier médico o enfermera que ha asistido o cualquier hospital en el que me he sido limitado, a proporcionar a cualquier representante autorizado de la administración de reclamaciones de Packard Claims toda información que puede ser solicitada con respecto a mi condición física y el tratamiento recibido, y si es necesario permitir a ellos o a cualquier médico designado por ellos para examinar cualquier imágene de rayos x tomadas de mí o registros con respecto a mi condición física y el tratamiento.

Una copia estática de la foto de esta autorización es darse la misma fuerza y el efecto que el original.

Name: _____

Address: _____

Social Security No: _____

Date of Birth: _____ Date: _____

Signature: _____

Sincerely,
Claims Examiner