



**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\_\_\_\_\_