



**AUTORIZACIÓN MÉDICA Y DE RECLAMO DE INDEMINZACION AL
TRABAJADOR**

Número de Reclamo:

Asegurado:

Trabajador Lesionado:

Fecha de la Lesión:

Fecha de Nacimiento:

Número de Seguro Social:

Lea por favor esta autorización médica. Firme por favor la versión inglesa.

Autorizo a cualquier médico licenciado, médico facultativo, farmacéutico, psiquiatra, psicólogo, u otro proveedor de la salud mental, hospital, clínica, u otra facilidad médicamente relacionada, compañía de seguro o reaseguradora, agencia de reporte al consumidor o empleador que tengan información disponible en cuanto a diagnosis, tratamiento y pronóstico con respecto a la condición física o condición mental y/o tratamiento mio, y cualquier información no médica acerca de mí, para dar cualquier y toda información a Michigan Commercial Insurance Mutual al cual estoy presentando mi reclamo, y/o a su representante legal.

Entiendo que la información obtenida por medio de la autorización será usada por Michigan Commercial Insurance Mutual para determinar la elegibilidad de los beneficios del seguro. Cualquier información obtenida con esta autorización será conciderada como necesaria para el procesamiento de mi reclamo, incluyendo cualquier procedimiento resultante de mi reclamo.

Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización.

Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.

Estoy de acuerdo que esta autorización será válida durante la vigencia de mi reclamo.



MEDICAL AND WORKERS' COMPENSATION CLAIM AUTHORIZATION

Claim Number:

Insured:

Injured Worker:

Date of Injury:

Date of Birth:

SSN:

I authorize any licensed physician, medical practitioner, pharmacist, psychiatrist, psychologist, or other mental health care provider, hospital, clinic, or other medical or medically related facility, insurance or reinsuring company, consumer reporting agency or employer having information available as to diagnosis, treatment and prognosis with respect to any physical or mental condition and/or treatment of me, and any non-medical information about me, to give any and all such information to Michigan Commercial Insurance Mutual to which I am submitting a claim, or to its legal representative.

I understand the information obtained by use of the authorization will be used by Michigan Commercial Insurance Mutual to determine eligibility for insurance benefits. Any information obtained through this authorization will be released as necessary for the processing of my claim, including any proceedings arising out of my claim.

I know that I may request a copy of this authorization.

I agree that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original.

I agree this authorization shall be valid during the life of my claim.

Signature of Injured Worker or Authorized Representative

Date