

Por favor, adjunte las facturas detalladas al formulario de solicitud. Un proyecto de ley debido equilibrada de su proveedor no es suficiente. Una factura detallada es una declaración que indica:

- 1) **La fecha(s) de tratamiento,**
- 2) **El tipo(s) de servicio,**
- 3) **El diagnostico,**
- 4) **Nombre y dirección del proveedor médico**
- 5) **La carga individual para cada gasto.**

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
No de Póliza \_\_\_\_\_

ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Médico \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal

Por la presente autorizo a **Guarantee Trust Life Insurance Co.** para pagar las facturas en relación con este accidente directamente al médico, hospital u otro beneficiario indicado anteriormente

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_

**Reclamante es un ADULTO**

OFICIAL DE LA ESCUELA PARA COMPLETAR: POR FAVOR ESCRIBA (PADRE DEBE COMPLETAR SI UNA RECLAMACIÓN DE COBERTURA ESTÁ COMPROMETIDA)

1. El nombre completo del

GUARANTEE TRUST LIFE INSURANCE COMPANY  
1275 Milwaukee Avenue, Glenview, Illinois 60025  
1-800-622-1993