



Lackawanna Insurance Group

Lackawanna Casualty Company • Lackawanna American Insurance Company
• Lackawanna National Insurance Company

Autorización a la información de lanzamiento

A quien pueda interesar:

Le solicito y autorizo por este medio suministrar al grupo del seguro de Lackawanna y toda la información que usted tiene referente a _____, con respecto a cualquier enfermedad o lesión, historial médico, consultas, tratamiento, incluyendo radiografías, así como las copias de todo el hospital o informes médicos, los expedientes de los militares y/o el otro Workers' Expedientes de la remuneración.

Solicito y autorizo más lejos a patronos suministrar la información completa que incluye pero no limitada a los salarios, a las comisiones, y a cualquier otra forma de remuneración.

Una fotocopia de esta autorización será considerada como eficaz y válido como la autorización del orginal.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre de la impresión: _____

Dirección de calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cierre relámpago: _____