



Acuerdo de Subrogación



Nombre del Miembro: _____

Número de identificación del miembro de su tarjeta IMG (Member ID) _____

International Medical Group® (IMG®) pide que firme y devuelva a nosotros la siguiente Declaración de Subrogación / Acuerdo de Pago como parte del proceso de su reclamo recientemente presentado bajo el Programa de Beneficios de Salud AmeriCorps NCCC. Esta declaración sirve como su aceptación de reembolsar a IMG para cualquier pago recuperado de cualquier tercero culpable o su compañía(s) de seguro y / o por la totalidad o parte de un reclamo que fue reembolsado o pagado en error o basado en información incorrecta o previamente desconocido. La cantidad del reembolso se limita sólo a los beneficios pagados a usted o en su nombre por IMG. IMG actúa como el administrador del Programa de Beneficios de Salud AmeriCorps NCCC. Cualquier pago recuperado por IMG en el presente Acuerdo será devuelto a Corporation for National and Community Service (CNCS), el benefactor de AmeriCorps NCCC.

También IMG solicita que nos notifique lo antes posible en relación con cualquier recuperaciones recibidas de o acuerdos realizados con cualquier otra compañía de seguro o terceros.

IMG Departamento de Reclamos

Declaración del Acuerdo de Reembolso por Subrogación:

Yo, _____ conforme al reembolsar a la Compañía (IMG®) cualquier pago de cualquier suma recibido por mí o de parte de cualquier tercero culpable, o su(s) asegurador(es), hasta el límite de los beneficios pagados a mí o por mi parte por la Compañía (IMG®).

Fecha el día _____ del mes de _____ , _____

Firma del Miembro