



Insured _____

Claim Number _____

AUTHORIZATION TO PAY - CALIFORNIA
(To Be Signed Upon Completion of Services/Repairs)

TO: State Farm General Insurance Company

I understand this AUTHORIZATION TO PAY extends solely for the services or repair expenses covered by the State Farm General Insurance Company insurance policy as a result of the loss occurring on _____. I agree to pay my independent contractor and/or independent service provider(s) for any services or repairs or additional improvements made at my direction that are not covered under my policy. I have received a copy of my independent contractor/service provider(s) final estimate(s), and written workmanship labor warranty on the building or structural services/repairs. All of the building or structural services/repairs by this contractor/service provider have been completed to my satisfaction.

I authorize payment on my behalf in the above referenced claim to _____ for the amount shown on the final estimate(s) of the invoices sent to State Farm General Insurance Company from my independent contractor or independent service provider(s) and the material supplier(s).

For your protection California Law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

_____, _____, _____
(Date) (Year) (Insured Signature)



Asegurado _____

Número de Reclamo _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO - CALIFORNIA (Firme después de completar los servicios o las reparaciones)

A: State Farm General Insurance Company

Yo entiendo que esta AUTORIZACIÓN DE PAGO se extiende solamente para los gastos de servicios o de reparación cubiertos por mi póliza de seguro de State Farm General Insurance Company, como resultado de la pérdida ocurrida el _____. Yo estoy de acuerdo en pagarle a mi contratista independiente y/o a mi(s) proveedor(es) de servicios independiente(s) por cualquier servicio o reparación o mejora adicional que yo solicite y que no esté cubierto por mi póliza. He recibido una copia del(de los) presupuesto(s) final(es) de mi contratista/proveedor(es) de servicios independiente(s), y una garantía por escrito de la mano de obra por los servicios o reparaciones estructurales realizados en el edificio. Todas las reparaciones o servicios estructurales del edificio realizados por este contratista/proveedor de servicios han sido completados satisfactoriamente.

Yo autorizo el pago en mi nombre del reclamo anteriormente mencionado a _____ por la cantidad mostrada en el(los) presupuesto(s) final(es) o en las facturas que mi contratista independiente o el(los) proveedor(es) de servicios independiente(s) y el(los) proveedor(es) de materiales le enviaron a State Farm General Insurance Company.

Para su protección, las leyes del estado de California exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquiera persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Por favor firme la versión en inglés.

Las pólizas, formularios y notificaciones de State Farm® están escritas en inglés. Con la excepción de cualquier término pertinente a la póliza que corresponda, este documento ha sido traducido a otro idioma para conveniencia de nuestros clientes. En el caso que surja un conflicto de interpretación, la versión del idioma inglés dominará.