

INFORMATÓN PARA LA ASIGNACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Asegurado _____
Núm. De Grupo _____ Número de Seguro Social _____
Empleador del Asegurado _____
Dirección del Trabajo _____
Compañía de Suguros _____
Dirección de la Compañía de Seguros _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado _____
Fecha de Nacimiento del Paciente _____
Parentesco del Paciente con el Asegurado: ☐ Sí mismo ☐ Cónyuge ☐ Dependiente
Beneficio Máximo _____ Año del beneficio _____ Deducible _____
Cantidad del beneficio usada este año _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Asegurado _____
Núm. De Grupo _____ Número de Seguro Social _____
Empleador del Asegurado _____
Dirección del Trabajo _____
Compañía de Suguros _____
Dirección de la Compañía de Seguros _____

Yo autorizo que revele cualquier información relacionada con mi tratamiento dental para la reclamación al seguro. Comprendo que soy responsable por todos los costos del tratamiento dental. Por la presente autorizo que los beneficios dentales que de otra manera serían pagados a mí directamente sean pagados a la entidad dental nombrada a continuación:

Firma _____

Fecha _____ Testigo _____