

declaración de salud

Servicios de beneficios del empleado

NÚMERO DE RECLAMO

____ - ____ - ____ - ____ - ____

para ser llenado por el miembro del plan

NOMBRE DEL EMPLEADO ASEGURADO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO ASEGURADO	
DOMICILIO DEL EMPLEADO ASEGURADO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL EMPLEADOR (TITULAR DE LA PÓLIZA DE GRUPO)		NÚMERO DE PÓLIZA DE GRUPO	

para ser llenado por el médico

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	MOTIVO DE LA DISCAPACIDAD	FECHAS DE DISCAPACIDAD TOTAL
				DESDE:
				HASTA:
				DESDE:
				HASTA:
				DESDE:
				HASTA:
				DESDE:
				HASTA:
				DESDE:
				HASTA:
NOMBRE DEL MÉDICO			NÚMERO TELÉFONICO DEL MÉDICO	
DOMICILIO DEL MÉDICO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR DEL MÉDICO	FIRMA DEL MÉDICO		
		X		

firma del miembro del plan

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros, organización de prepago, empleador, hospital o médico a divulgar toda información respecto a mi persona o a cualquiera de mis dependiente, quienes pudieran tener relación sobre los beneficios pagaderos bajo éste o cualquier otro plan que provean beneficios o servicios. Declaro que la información que he proveído, y que respalda a este reclamo, es auténtica y verdadera. Copia de esta autorización será válida.

X

FIRMA DE LA PERSONA ASEGURADA

FECHA

Por favor envíelo a: ATENCIÓN: _____
Employee Benefit Services
P.O. Box 82669, Lincoln, NE 68501-2669 o envíelo por fax al **402.309.2580**