

maternidad

Group Claim Office (Oficina de reclamos de grupo)
PO Box 82520 / Lincoln, NE 68501-2520
línea telefónica gratuita 800.487.5553 / fax 402.467.7336
sitio de Internet: ameritasgroup.com



formulario de divulgación de beneficios dentales

Nombre completo de la paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento de la paciente (mes/día/año)	Parentesco con el empleado <input type="checkbox"/> yo misma <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> hija <input type="checkbox"/> otro
Nombre completo del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Número de identificación del empleado	Fecha de nacimiento del empleado (mes/día/año)
Domicilio del empleado (calle ó apartado de correos (P.O. box), ciudad, estado, código postal)		

Nombre del empleador (compañía)	Número de grupo	Número de división	Número de certificado
---------------------------------	-----------------	--------------------	-----------------------

Fecha de parto (mes/día/año)	Nombre del médico que atiende a la paciente
	Domicilio (calle y número)
	Ciudad, estado y código postal
	Número telefónico

Por la presente hago constar que la información mencionada en la parte superior es auténtica y verdadera y autorizo a Ameritas Life Insurance Corp. a revelar información médica que sea necesaria para determinar y cumplir con la responsabilidad de cobertura bajo las disposiciones de los beneficios dentales durante la maternidad.

Dirigido a proveedores de atención médica, agencias y compañías de seguros: Ustedes están autorizados a permitir al representante de Ameritas Life Insurance Corp. a obtener una copia de los registros concernientes a chequeos médicos, historial de tratamientos y gastos médicos del paciente nombrado o en su defecto del dependiente. Dicha información se usará en la medida en que Ameritas lo considere necesario, para determinar la validez de la cantidad a pagar por concepto de beneficios dentales durante la maternidad.

X _____ Fecha (mes/día/año)
Firma/Empleado

X _____ Fecha (mes/día/año)
Firma/Paciente