

ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА

**Если вам необходима помощь в заполнении данной формы, обратитесь к нам.**

*(Печатными буквами)*

|  |
| --- |
| ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ |
| Имя пациента | Второй инициал | Фамилия | Дата рождения/ / | Возраст |
| Улица и номер дома | Город | Штат | Почтовый индекс |
| Почтовый адрес □ Соответствует вышеуказанному | Город | Штат | Почтовый индекс |
| Адрес эл. почты | Номер домашнего телефона ( ) | Номер мобильного телефона ( ) | Номер рабочего телефона ( ) |
| □ Родитель □ Опекун □ Супруг(а)Имя и фамилия: | Дата рождения/ / | Адрес: □ Соответствует вышеуказанному | Телефон ( ) |
| □ Родитель □ Опекун □ Супруг(а)Имя и фамилия: | Дата рождения/ / | Адрес: □ Соответствует вышеуказанному | Телефон ( ) |
| ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ |
| Лицо, ответственное за оплату счетов | Дата рождения/ / | Адрес (если отличается) | Телефон ( ) |
| Род деятельности | Место работы | Телефон работодателя ( ) |
| Кем приходится страхователю: □ Страхователь □ Ребенок □ Супруг(-а) □ Родитель □ Иное: |
| Базовое медицинское страхование: |
| Имя и фамилия страхователя | Полис № | Группа № | Дата рождения страхователя/ / | Доплата$ |
| Вторичное медицинское страхование: |
| Имя и фамилия страхователя | Полис № | Группа № | Дата рождения страхователя/ / | Доплата$ |
| ИНФОРМАЦИЯ О СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ СТРАХОВАНИИ |
| Базовое стоматологическое страхование: |
| Имя и фамилия страхователя | Полис № | Группа № | Дата рождения страхователя/ / |
| КОНТАКТНОЕ ЛИЦО В ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ |
| Имя и фамилия друга или родственника | Кем приходится пациенту | Основной номер ( ) | Дополнительный номер ( ) |

По моему убеждению представленная выше информация является достоверной. Я разрешаю осуществлять страховые выплаты за предоставленные услуги непосредственно в пользу Unity Care NW. Я понимаю, что несу финансовую ответственность за любые остающиеся суммы. Я также уполномочиваю Unity Care NW или свою страховую компанию раскрывать любую информацию, необходимую для обработки моих обращений за страховой выплатой.

Подпись: Дата: