



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: