

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 / /	Секс при рождении
Улица и номер дома		Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес <input type="checkbox"/> Соответствует вышеуказанному		Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес эл. почты	Номер домашнего телефона ()	Номер мобильного телефона ()	Номер рабочего телефона ()	
<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Супруг(а) Имя и фамилия:	Дата рождения / /	Адрес: <input type="checkbox"/> Соответствует вышеуказанному		Телефон ()
<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Супруг(а) Имя и фамилия:	Дата рождения / /	Адрес: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Супруг(-а) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> 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: _____