

CLAUSURA DE ASEGURANZA

YO, _____,
Nombre de el paciente

YO ENTIENDO QUE YO SOY ELIGIBLE PARA RECIBIR
BENEFICION CON

_____ DESDE _____.
Aseguranza Primaria Fecha de efectividad
(si NO tiene aseguranza, por favor escribir "No" en la forma)

NOMBRE SE SUBSCRIPTOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO DE SUBSCRIPTOR: _____

SS#: _____

GRP#: _____

_____ DESDE _____.
Aseguranza Secundaria Fecha de efectivade
(si NO tiene aseguranza, por favor escribir "No" en la forma)

NOMBRE SE SUBSCRIPTOR: _____

SS#: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE
SUBSCRIPTOR: _____

GRP#: _____

YO ENTIENDO QUE EN CASO QUE SEA INELEGIBLE, NEGADO, NO
PAGADO O AGO PARCIAL, YO SOY RESPONSABLE POR EL PAGO
A MI CUENTA.

Firma de Persona Responsable

FECHA: _____