



4. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia otra cobertura dental que podría ayudar a cubrir los gastos dentales?  
 Sí  No En caso afirmativo, favor de completar los siguientes datos:

Nombre de la Compañía:	Dirección:
Titular de la Póliza:	Número de la Póliza:
¿Es éste un seguro de grupos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Yo verifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera, correcta, completa, y de mi entero conocimiento. Autorizo a cualquier doctor licenciado, profesional de las artes curativas, hospital, clínica, agencia gubernamental, compañía aseguradora, póliza habiente de un grupo, empleado o administrador de un plan de beneficios que tenga información sobre el cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico, o pronóstico de cualquier condición, sea física o mental, o sobre el estado financiero o laboral del asegurado indicado arriba, proveer dicha información a HCC Medical Insurance Services. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización al solicitarla. Una copia tendrá la misma validez que la original. Esta autorización es válida por doce meses desde la fecha de la firma.

Firma del Asegurado:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:

Firma del Paciente:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:

AUTORIZACION DE LA ASIGNACION DE BENEFICIOS: Yo autorizo el pago de beneficios médicos al doctor u otro proveedor de servicios por anexar las facturas del mismo.

Firma del Asegurado:	Fecha:
----------------------	--------

**LA LEY DEL ESTADO DE INDIANA NOS EXIGE QUE LE NOTIFIQUEMOS LO SIGUIENTE: Cualquier persona que intencionalmente trate de estafar o cometer fraude en contra de una aseguradora, introduciendo una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, está cometiendo un delito grave penado por la ley.**