



The Standard[®]

Standard Insurance Company

Toll Free 888-396-8641 / Fax 402-467-7336 / Web standard.com
Group Claim Office / P.O. Box 82520 / Lincoln, NE 68501

Beneficio dental por maternidad Autorización para obtener y divulgar información (Maternity Dental Benefit Authorization to Obtain and Release Information)

Nombre completo del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) (Patient's Full Name (first, middle initial, last))		Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aa) (Patient Birthdate (MM/DD/YY)) / /		Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Usted mismo (Self) <input type="checkbox"/> Cónyuge (Spouse) <input type="checkbox"/> Hijo (Child) <input type="checkbox"/> Otro (Other)	
Nombre completo del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) (Employee's Full Name (first, middle initial, last))		Número de identificación del empleado (Employee's Identification number)		Fecha de nacimiento del empleado (mm/dd/aa) (Employee's Birthdate (MM/DD/YY)) / /	
Dirección postal del empleado (dirección o apartado postal, ciudad, estado, código postal) (Employees Mailing Address (Street address or P.O. Box, City, State, ZIP))					
Nombre del empleador (compañía) (Employer (company) Name)		Número de grupo (Group Number)	Número de división (Division Number)	Número de certificado (Certificate Number)	
Fecha de parto (mm/dd/aa) (Pregnancy Due Date (MM/DD/YY)) / /	Nombre del médico tratante (Attending Physician's Name)				
Dirección (Street Address)					
Ciudad, Estado, Código postal (City, State, ZIP)					
Número de teléfono (Phone Number)					

Por este medio, certifico que la información descrita anteriormente es verdadera y correcta, y autorizo a Standard Insurance Company (The Standard) a que divulgue la información médica que sea necesaria para determinar y cumplir con la responsabilidad de cobertura de conformidad con las cláusulas del beneficio dental por maternidad.

A los proveedores de atención médica, agencias y compañías de seguros: están autorizados a permitir que un representante de The Standard obtenga o vea una copia de los registros relacionados con el examen, historial de tratamiento y gastos médicos del paciente o dependiente nombrado. Dicha información puede ser utilizada en la medida en que The Standard lo considere necesario para determinar la validez de la cantidad pagadera por el beneficio dental por maternidad.

I hereby certify that the above information is true and correct and I authorize the release of medical information to Standard Insurance Company (The Standard) that is necessary to determine and fulfill responsibility for coverage under the provisions of the Maternity Dental Benefit.

To Health Care Providers, Agencies, and Insurance Companies: You are authorized to permit a representative of The Standard to obtain or view a copy of the records pertaining to the examination, treatment history, and medical expenses of the named patient or dependent. Such information may be used to the extent deemed necessary by The Standard to determine the validity of amount payable for the maternity dental benefit.

X

Firma / Empleado
(Signature / Employee)

Fecha
(Date)

X

Firma / Paciente
(Signature / Patient)

Fecha
(Date)