



TheStandard®

Standard Insurance Company

Toll Free 888-396-8641 / Fax 402-467-7336 / standard.com

Dental Claims / P.O. Box 82520 / Lincoln, NE 68501

Beneficio Dental por Maternidad (Maternity Dental Benefit)

Nombre completo del reclamante (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) (Claimant's Full Name (first, middle initial, last))		Fecha de nacimiento del reclamante (mm/dd/aa) (Claimant Birthdate (MM/DD/YY)) / /	
Relación con el empleado (Relationship to Employee) ☐ Usted mismo (Self) ☐ Cónyuge (Spouse) ☐ Hijo (Child) ☐ 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 P.O. Box, ciudad, estado, código postal) (Employee's Mailing Address (Street address or P.O. Box, City, State, ZIP))			
Nombre del empleador (empresa) (Employer (company) Name)	N.º de grupo (Group Number)	Número de división (Division Number)	Número de certificado (Certificate Number)

Por este medio, certifico que la información descrita anteriormente es verdadera y correcta, y autorizo a Standard Insurance Company (The Standard) a determinar la cobertura en virtud de las cláusulas del Beneficio dental por maternidad.

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

X

Firma / empleado
(Signature/Employee)

Fecha
(Date)

X

Firma / reclamante
(Signature/Claimant)

Fecha
(Date)