

请您填写以下所有信息. 您的信息将被严格保密, 并且只会被用于您的保险福利确认.

第1部分. 病人信息

名 _____ 姓 _____ 出生日期 (月/日/年) _____

最佳联系电话 _____

第2部分. 受保人信息

受保人姓名 _____ 受保人出生日期(月/日/年) _____

保险卡号码 (若无保险卡号码请填SSN) _____

受保人雇主名称 _____ Group Number _____

受保人所在处邮编 _____ 受保人家庭电话 _____

第3部分. 保险公司信息

保险公司名称 _____

地址 _____

电话 _____

第四部分. 保险使用情况

您是否已经使用了今年的牙科医疗保险?

是 否 不确定

若使用过, 是何时? _____

是接受什么治疗? _____