



The Northwest Catholic Counseling Center

Consentimiento a fracturar su aseguranza

***Solo complete este formulario si está utilizando un seguro. NCC no acepta Medicaid o Medicare.**

***Incluye una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro.**

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros primaria: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de miembro: _____

Número de grupo: _____

Número de teléfono del Seguro para elegibilidad/beneficios: _____

Autorizo el pago de beneficios medicos a The Northwest Catholic Counseling Center por cualquier servicio prestado a mí o mis dependientes mientras sea cliente del Centro. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Por la presente autorizo a The Northwest Catholic Counseling Center a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de mis beneficios.

Nombre escrito del cliente o su
representación válida como firma

Fecha