



Formulario di outorisashon

Tarheta di seguro di kuido médiko

Ami, e beneficiario indiká aki abou, ta outorisá un representante pa tuma e tarheta di seguro di kuido médiko na mi nòmber. Mi ta rekonosé ku e representante aki ta outorisá pa risibí e tarheta di seguro di kuido médiko i firmá esaki na mi nòmber. Mi ta konsiente tambe ku e representante aki tin ku duna mas informashon pa metanan di identifikashon. E informashon aki ta nesesarío pa verifiká e fail i lo ahustá esaki si ta nesesarío. Esaki ta konserní e siguiente datonan:

1 Detayenan di beneficiario

Nòmber: _____

Fam: _____

Fecha di nasementu: _____

Number di sédula: _____

Adrès di meil: _____

Number di telefòn: _____

Number di kuenta bankario: _____

Nòmber di doño di kuenta: _____

Nòmber i lokalidat di banko: _____

2 Detayenan di representante outorisá

Nòmber: _____

Fam: _____

Fecha di nasementu: _____

Number di sédula: _____

fecha (ddllaaaa)

Firma di representante outorisá

Firma di beneficiario

Pa wordu yena pa ZJCN

Trata pa: _____

- > Por favor yena i firma e formulario aki pa asina e representante outorisá por tuma e tarheta di seguro di kuido médiko na bo nòmber.
- > Ora di tuma e tarheta di seguro di kuido médiko, ta esensial pa e representante outorisá trese tantu su identifikashon komo esun di e beneficiario. Esaki ta posibel solamente ku un Sédula bálido.