

Recertificación de inscripción de Allied National

Yo, _____, por medio del presente, certifico que he examinado mi información de inscripción original contenida en el formulario de inscripción adjunto, incluyendo la información médica, y certifico que no ha cambiado nada salvo cualquier información indicado más abajo:

1. ¿Ha recibido cualquier atención médica desde la fecha original de esta solicitud?
 Sí (Si contesta "sí" proporcione los detalles más abajo.)
 No

2. ¿Se le ha aconsejado que busque atención médica o se le ha recomendado cualquier servicio o procedimiento médico desde la fecha original de esta solicitud?
 Sí (Si contesta "sí" proporcione los detalles más abajo.)
 No

3. ¿Se le ha recetado algún medicamento no indicado en la solicitud original?
 Sí (Si contesta "sí" proporcione los detalles más abajo.)
 No

4. ¿Ha cambiado cualquier otra información incluyendo, pero sin limitarse a, profesión, dependientes, cobertura previa o información de cualquier otro tipo desde la fecha original de esta solicitud?
 Sí (Si contesta "sí" proporcione los detalles más abajo.)
 No

Proporcione detalles acerca de cualquier pregunta a la que contestó "sí" arriba:

N° de pregunta	Persona	Detalles

Afirmado en esta fecha por:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde _____

Nombre del empleador: _____

N° de archivo: _____