



ASSIGNMENT OF BENEFITS

TO: _____
(Name of Insurance Company)

I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT directly to the Warren Center, 320 Custer Road, Richardson, Texas 75080 of the health insurance benefits and/or medical and professional expense benefits allowable and otherwise payable to me, under my current insurance policy, as payment toward therapeutic services that this institution renders to my child:

(Name of Child)

The insurance benefits shall not exceed the balance due or value thereof, of the regular charges for treatment.

I also authorize the release of any information pertinent to my case to any insurance company, adjuster or attorney involved therein. A photocopy of this assignment shall be considered as effective and valid as the original.

(Printed Name of Insured)

_____ (Signature of Insured) _____ (Date)

INSURANCE BILLING INFORMATION

INSURANCE COMPANY: _____
Address: _____
City: _____
State & Zip: _____
Phone: () _____

Group Name/Employer: _____
Name of Insured: _____
Insured Social Security Number: _____
Policy and/or Subscriber Number: _____
Group Number: _____
Effective Date: _____



SIGNACION DE BENEFICIOS

A: _____
(Nombre de la Compañía de Aseguransa)

YO DEBIDAMENTE AUTORIZO EL PAGO directamente al the Warren Center, 320 Custer Road, Richardson, Texas 75080, de los beneficios del seguro de salud y/o médico y beneficios de gastos profecionales permisibles y de otro modo pagables a mí, bajo mi actual póliza de aseguransa, así como el pago hácia los ser- vicios terapeuticos que ésta institución preste a mi hijo (a):

Nombre del Niño (a)

Los beneficios del seguro no excederán el balance adeudado o el valor del mismo, por los cargos regulares del tratamiento.

Yo también autorizo la liberación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de aseguransa, ajustadora o de abogados envueltos en el. Una fotocópia de esta asignación será considerada como auténtica y válida como el original.

Escriba el Nombre del Asegurado (a)

Firma del Asegurado (a) (Fecha)

INFORMACION DE LA ASEGURANSA A ENVIAR LOS COBROS

COMPañIA DE SEGUROS: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado & Codigo Postal: _____

Teléfono: () _____

Nombre del Grupo/Empleador: _____

Nombre del Asegurado (a): _____

Número de Seguro Social del Asegurado (a): _____

Pólisa & Numero de identificacion: _____

Número del Grupo: _____