

***Lawn Dental Center
3113 S. Pulaski Rd.
Chicago, IL. 60623***

Yo entiendo y estoy de acuerdo que el seguro de poliza dental es un acuerdo entre la compania de seguro y mi persona, no entre la compania de seguro y esta oficina dental. Yo autorizo a que la oficina dental submita o complete cualquier forma o documento para asistir en la coleccion de mis beneficios sin costo alguno para mi persona.

De cualquier forma yo entiendo que soy el responsable por el pago completo de los servicios a esta oficina. Estoy de acuerdo en abonar \$15(quince) dolares por mes en cualquier balance que no haya sido pagado, mas el 2%(dos por ciento) de interes en cualquier balance que este atrasado mas de 30 dias, de ser necesario, tambien sere responsable por el costo inducido por el cargo de terceras partes, asi sea por oficinas de coleccion, costos de corte, en el atento de liquidar cualquier deuda pendiente.

Yo he leido entiendo y estoy de acuerdo en todos los terminus de esta poliza financiera.

Firma del paciente