

**Visual-Eyes Optical Vision Benefit Plan - Patient Enrollment Form**

Please fill out the following information regarding your name, contact information, and existing insurance coverage. Whenever possible, our support staff will check into your existing health care policies for possible benefits you may be unaware of. We also will try to contact you via text and email whenever possible (unless you prefer phone calls/messaging), so PLEASE supply your most commonly used email address and your mobile phone number. Please remember we will never share any of this information with any other party as it is part of your private medical record and is protected information. Thank you!

Name: \_\_\_\_\_

Names of dependents to be covered, and relationship to you: (spouse, child, etc.):

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| _____ spouse /child | _____ spouse/child |
| _____ spouse /child | _____ spouse/child |
| _____ spouse /child | _____ spouse/child |
| _____ spouse /child | _____ spouse/child |

Address: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Last four of SSN: \_\_\_\_\_

Cell ph: \_\_\_\_\_ Home ph: \_\_\_\_\_ Work ph: \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Primary Health Insurance Company: \_\_\_\_\_

Guarantor (name of primary policy holder)?: \_\_\_\_\_

Secondary Health Insurance and Guarantor: \_\_\_\_\_

Existing Vision Plan Coverage and Guarantor: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Visual-Eyes Optical Plan de Beneficios de Visión – Forma de Inscripción de Pacientes**

Por favor, llene la siguiente información con su nombre, información de contacto y seguro existente. Cuando sea posible, nuestro personal revisará su póliza de seguro de salud para identificar beneficios a los que usted pueda tener derecho. Nos comunicaremos con usted por mensajes de texto y correo electrónico cuando sea posible (a menos que usted prefiera que nos comuniquemos por celular o mensajería), así que POR FAVOR escribir su número de teléfono celular y correo electrónico que revise con más frecuencia. Por favor recuerde que no compartimos esta información con otras empresas, ya que forma parte de su historia clínica privada. ¡Gracias!

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombres de dependientes a ser cubiertos y su relación a Ud.: (esposo/a, hijo/a , etc.):

|       |                  |       |                  |
|-------|------------------|-------|------------------|
| _____ | esposo/a, hijo/a | _____ | esposo/a, hijo/a |
| _____ | esposo/a, hijo/a | _____ | esposo/a, hijo/a |
| _____ | esposo/a, hijo/a | _____ | esposo/a, hijo/a |
| _____ | esposo/a, hijo/a | _____ | esposo/a, hijo/a |

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (mes/día/año: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos de su SSN: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Número de casa: \_\_\_\_\_ Número del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Compañía principal de seguro de salud: \_\_\_\_\_

Garante (Nombre de asegurado principal): \_\_\_\_\_

Seguro de salud secundario y garante: \_\_\_\_\_

Plan de visión existente y garante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_