



**Convenio Financiero Obligación**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Cliente: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo que soy responsable de todos los gastos asociados a la prestación de servicios profesionales a mi hijo y / o familiares por Wellmore.

Si la cobertura de seguro es aplicable a estos servicios, entiendo Wellmore facturará a la compañía de seguros apropiada de todos los gastos incurridos. Yo seré responsable de lo que está decidido a ser mi parte en el momento de la visita y lo que no es pagado por la compañía de seguros después de la reclamación es procesada.

Inmediatamente me proporcionará Wellmore con toda la información que se requiere para determinar los beneficios del seguro.

Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente Wellmore todas las adiciones, las cancelaciones o cambios en la cobertura de seguro relacionados con mi hijo y / o familiares. I agree to pay the amount that Wellmore determines to be my balance based on the information that I have provided at the time of the visit.

Entiendo que si los pagos de seguros se hacen aplicables a cualquier otra parte de Wellmore, soy responsable de esa parte también.

Si ningunos pagos son hechos en mi cuenta durante 90 días, mi cuenta será considerada a delincuente. Comprendo que los servicios pueden ser terminados debido a no pago y que Wellmore puede emplear una agencia de la colección para reunir este equilibrio.

Firma de Guardián: \_\_\_\_\_

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

Nombre Impreso de Guardián: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_