

Treanor Chiropractic Wellness Center
4161 Capital Drive, Rocky Mount, NC 27804
Oficina: 252-210-3490 Fax: 252-210-3489

Para cualquier compañía de seguros con cobertura aplicable a mi reclamo(s) y cualquier abogado que me representa:

ASIGNACION DE BENEFICIOS

EN CONSIDERACION de la voluntad de *Treanor Chiropractic Wellness Center* para tratar me a credito sin demanda de pago en el momento se prestan sus servicios, me convienen y disponer de la siguiente manera:

Yo irrevocablemente asigno a *Treanor Chiropractic Wellness Center* cualquier producto o compensacion que estoy o pueda adquirir el derecho a recibir como resultado de las lesiones que se produjo en _____ en la medida de los servicios chiropracticos prestados. Hago esta cesion sin perjuicio de los derechos voy a tener que procesar las reclamaciones legales contra cualquiera de las partes que pueden ser responsables de las lesiones, pero por la presente autorizo y instrucciones para pagar directamente a *Treanor Chiropractic Wellness Center*, desde cualquier prestaciones de invalidez, los pagos medicos beneficios, la responsabilidad civil beneficios, salud y seguro de accidentes, la remuneracion de los trabajadores beneficios, fallos, asentamientos, o producto de cualquier tipo que se pagaría a mí, estas sumas son debido a *Treanor Chiropractic Wellness Center* por los servicios prestados.

Yo nombro a *Treanor Chiropractic Wellness Center* como mi abogado de hecho a estampar mi nombre como respaldo a la marcha atras de cualquier cheque o retiro de cuenta en el que soy nombrado beneficiario y depositar dicho comprobacion y aplicarlo a cualquier saldo pendiente de pago que tenga con *Treanor Chiropractic Wellness Center*.

Yo autorizo a *Treanor Chiropractic Wellness Center* para liberar a un asegurador con cobertura aplicable o a mi abogado o abogada sucesor cualquier informacion relativa a las lesiones, antecedentes medicos, o el tratamiento que sea necesario con el fin de facilitar la recogida del producto bajo esta asignacion. **Autorizo el uso de una copia (incluyendo una copia electronica o por fax) de esta forma.**

Yo reconso que sigo siendo responsable personalmente de la cantidad total debida a *Treanor Chiropractic Wellness Center* por servicios rendidos, incluyendo cualquier saldo restante, despues de la aplicacion de pago y de liquidacion de seguros o sentencia. Si, *Treanor Chiropractic Wellness Center* es necesario tomar accion legal contra mí para recuperar cualquier saldo pendiente de mi cuenta, estoy de acuerdo a reembolsar a *Treanor Chiropractic Wellness Center* para sus gastos de recuperacion, incluyendo gastos razonables de abogado.

Estoy de acuerdo ademas esta asignacion de beneficios (ADB) no puede ser revocado y el derecho a recibir el pago no se pueden transferir a la otra parte o re-afirma por mí de alguna manera.

Paciente

Padre o Guardian (*si aplicable*)

Testigo

Fecha

ANUNCIO DE LIEN

De acuerdo con N.C.G.S. 44-49 y 44-50, *Treanor Chiropractic Wellness Center* se afirma y da aviso de un lien a las cantidades cobradas por los danos causados por lesiones personales en cualquier accion civil y tambien a todos los fondos pagados a los pacientes anteriormente mencionados en compensacion por o de la liquidacion de las lesiones sufridas, ya sea en litigio o de lo contrario.

Treanor Chiropractic Wellness Center solicita que si su reclamo no es pagado en su totalidad a partir del producto anterior , la informacion completa y contabilidad de los fondos recaudados se presenta de conformidad con N.C.G.S. 44-50.1. *Treanor Chiropractic Wellness Center* conviene en obligarse por cualquier acuerdos de confidencialidad con respecto al contenido de la contabilidad

Treanor Chiropractic Wellness Center

Por: _____ Fecha: _____