

Otros Seguros Médicos

Nombre de Miembro: _____ #ID de Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

☐ Si usted y/o uno de sus dependientes NO tienes ningún otro seguro médico, Por favor marque esta casilla y firma/fecha abajo de esta página.

DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA PUEDE GENERAR RETRASO EN EL PROCESO DE LOS RECLAMOS

A

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA DE MIEMBRO

Este plan ofrece cobertura **Médica**? ☐ Si o ☐ No Si la respuesta es sí, que clase de plan: ☐ HMO o ☐ PPO

Compañía Médica/Rx: _____ Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de Terminación (si aplica): _____ Número de Grupo: _____

Este plan ofrece cobertura **Dental**? ☐ Si o ☐ No Si la respuesta es sí, que clase de plan: ☐ HMO o ☐ PPO

Compañía Dental: _____ Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de Terminación (si aplica): _____ Número de Grupo: _____

Este plan ofrece cobertura **Visión**? ☐ Si o ☐ No Si la respuesta es sí, que clase de plan: ☐ HMO o ☐ PPO

Compañía de Visión: _____ Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de Terminación (si aplica): _____ Número de Grupo: _____

Medicare: Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

La cobertura es debido a? ☐ Edad ☐ Incapacidad ☐ ESRD

Part: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Fecha Efectiva: A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

B

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA DE CONYUGE Y DEPENDIENTES

Este plan ofrece cobertura **Médica**? ☐ Si o ☐ No Si la respuesta es sí, que clase de plan: ☐ HMO o ☐ PPO

Compañía Médica/Rx: _____ Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de Terminación (si aplica): _____ Número de Grupo: _____

Este plan ofrece cobertura **Dental**? ☐ Si o ☐ No Si la respuesta es sí, que clase de plan: ☐ HMO o ☐ PPO

Compañía Dental: _____ Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de Terminación (si aplica): _____ Número de Grupo: _____

Este plan ofrece cobertura **Visión**? ☐ Si o ☐ No Si la respuesta es sí, que clase de plan: ☐ HMO o ☐ PPO

Compañía de Visión: _____ Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de Terminación (si aplica): _____ Número de Grupo: _____

Medicare: Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

La cobertura es debido a? ☐ Edad ☐ Incapacidad ☐ ESRD

Parte: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Fecha Efectiva: A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

1.) **Dependiente:** _____

☐ **Médica/Rx** Fecha Efectiva: _____ ☐ **Dental** Fecha Efectiva: _____ ☐ **Visión** Fecha Efectiva: _____

• Compañía **Médica/Rx**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

• Compañía **Dental**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

• Compañía **Visión**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

2.) **Dependiente:** _____

☐ **Médica/Rx** Fecha Efectiva: _____ ☐ **Dental** Fecha Efectiva: _____ ☐ **Visión** Fecha Efectiva: _____

• Compañía **Médica/Rx**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

• Compañía **Dental**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

• Compañía **Visión**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

Continúa al reverso

Para dependientes adicionales, ADJUNTE una hoja por separado con el nombre completo del empleado.

3.) Dependiente: _____

☐ **Médica/Rx** Fecha Efectiva: _____ ☐ **Dental** Fecha Efectiva: _____ ☐ **Visión** Fecha Efectiva: _____

• Compañía **Médica/Rx**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

• Compañía **Dental**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

• Compañía **Visión**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

4.) Dependiente: _____

☐ **Médica/Rx** Fecha Efectiva: _____ ☐ **Dental** Fecha Efectiva: _____ ☐ **Visión** Fecha Efectiva: _____

• Compañía **Médica/Rx**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

• Compañía **Dental**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

• Compañía **Visión**: _____ Nombre Asegurado: _____ Número de Póliza: _____



**LLENE ESTA SECCIÓN SOLO SI SU HIJO(S) TIENE COBERTURA DE SALUD ADICIONAL POR •
DIVORCIO • SEPARACIÓN • ORDEN DE LA CORTE • MEDICARE O
• OTROS PROGRAMAS DE SEGURO DE SALUD DEL ESTADO/FEDERAL.**

***** (Indique cual niño marcando el círculo apropiado) *****

1.) ¿Niño(s) está cubierto por Medicare u otra cobertura del Estado-Federal? ☐ Si o ☐ No (Si la respuesta es sí, cual niño)? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Medicare: Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

La cobertura es debido a? ☐ Edad ☐ Incapacidad ☐ ESRD

Parte: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Fecha Efectiva: A) _____ B) _____ C) _____ D) _____

Medi-Cal/Medicaid: Nombre de Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

2.) ¿Uno de los padres/tutor tiene la custodia total del niño (s)? ☐ Si o ☐ No (Si la respuesta es sí, cual niño)? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Nombre Padre/Madre: _____

Fecha: _____

3.) ¿Esta alguno de los padres obligado por orden de la corte a proporcionar seguro médico a el niño(s): ☐ Si o ☐ No ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Nombre Padre/Madre: _____

Fecha: _____

Nombre de la persona responsable de la cobertura médica del niño(s): _____

Empleador: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compañía Aseguradora: _____ Ciudad y Estado de Compañía Aseguradora: _____

Teléfono de Compañía Aseguradora: _____ Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____ Fecha Efectiva: _____ Fecha de Cancelación (si aplica): _____

**** **Si existe una orden de la corte, PROPORCIONE UNA COPIA del documento** ****

Declaración del miembro: La información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. También soy consciente de que debo notificar a la Oficina del Fondo de inmediato si alguno de los dependientes inscritos en mi cobertura es elegible para cualquier otra cobertura. Cualquier documento enviado por mí o en nombre de alguna persona elegible que contenga una alteración material o información falsa o falsificada, incluidas las firmas, será rechazado. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de referir tales asuntos al Asesor Legal del Fondo para la acción apropiada. Esto no limitará el derecho del Fondo a recuperar las pérdidas que sufra debido a dicho material en cualquier asunto.

Firma: _____ **Teléfono:** _____ **Fecha:** _____