



P.O. BOX 45018
FRESNO, CA 93718-5018

(559) 499-2450
(800) 442-7247
FAX (559) 499-2464

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

Para documentar completamente nuestro sistema con respecto a otro seguro de salud, es importante que complete lo siguiente:

Empleado Name _____ Identificación de miembro # _____ Numero de Grupo _____

¿Existe otra cobertura para usted o alguno de sus dependientes (esto incluye Medicare)?

NO – Por favor firme y la fecha en la parte inferior y envíe el formulario a HealthComp.

SI - Por proporcionar información relevante para cada portadora / plan adicional que proporciona otra cobertura de seguro de salud para usted y su familia adelante.

#1: Portadora/ Nombre del Plan: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de plan (marque uno): Empleador Medicare Parte: A B C D Medicaid Individual Jubilado Otro _____
(marque todo lo que corresponda)

Tipo de cobertura: Médico Dental Visión Rx Effe fecha ctivo: _____ Fecha de nacimiento: _____
(marque todo lo que corresponda) (si es aplicable)

#2: Portadora/ Nombre del Plan: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de plan (marque uno): Empleador Medicare Parte: A B C D Medicaid Individual Jubilado Otro _____
(marque todo lo que corresponda)

Tipo de cobertura: Médico Dental Visión Rx Effe fecha ctivo: _____ Fecha de nacimiento: _____
(marque todo lo que corresponda) (si es aplicable)

Usando los números sobre la portadora, por favor llene la información siguiente para cada dependiente cubierto

# (S) del Portadora <small>(véa más arriba)</small>	dependientes cubiertos	Relación con la tenedor de la póliza <small>(En caso afirmativo, adjunte páginas relevantes)</small>	¿Es la cobertura ordenado por la cort?	Persona con la cual el niño(a) reside Principalmente y relación al niño(a) <small>(Si es aplicable)</small>
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____

Por favor, indique el nombre y fecha de nacimiento de todos los miembros cubiertos que **NO** tienen otra cobertura de seguro médico incluyendo usted:

Nombre de usuario:	Fecha de nacimiento:	Nombre de usuario:	Fecha de nacimiento:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Su firma: _____ Fecha: _____