

6 de enero de 2016

N° de grupo:  
Nombre del grupo:  
Nombre del participante:  
N° de identificación del participante:  
Nombre del paciente:

Estimado [ ],

Hemos recibido información de que es posible que exista otra cobertura de seguro para el paciente antes mencionado. Sírvase llenar el cuestionario siguiente y enviarlo a la dirección en este membrete. De conformidad con la política de procesamiento de reclamos adoptada por el plan, debemos recibir esta información en un plazo de 30 días a partir de la fecha de esta carta o los reclamos serán denegados. Si tiene preguntas, póngase en contacto con nuestro departamento de servicio al cliente. Le agradecemos anticipadamente su pronta atención a este pedido.

¿Tiene usted o cualquier otro miembro de su familia otra cobertura de seguro?  Sí  no

Si la respuesta es sí, sírvase llenar el cuestionario siguiente o visitar nuestro sitio web [www.askallegiance.com/OnlineServices/Cob](http://www.askallegiance.com/OnlineServices/Cob).

**Empleado**

Nombre del otro seguro \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_ N° de póliza \_\_\_\_\_  
Titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_  
Tipo de cobertura:  médica  dental  vista  farmacia  jubilado  
 discapacidad  suplementaria  individual  de grupo  vida  COBRA

¿Quién más está cubierto bajo esta póliza?

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_

**Cónyuge**

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre del otro seguro \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_ N° de póliza \_\_\_\_\_  
Titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_  
Tipo de cobertura:  médica  dental  vista  farmacia  jubilado  
 discapacidad  suplementaria  individual  de grupo  vida  COBRA

N° de grupo:  
Nombre del grupo:  
N° de identificación del participante:  
Nombre del paciente:

### Cónyuge continuación...

¿Quién más está cubierto bajo esta póliza?

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_

### Información sobre Medicare

¿Tiene usted o cualquier otro miembro de su familia Medicare? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**\*\*Si la respuesta es sí, sírvase presentar una copia de su Tarjeta de Medicare\*\***

Si la respuesta es "Sí", sírvase llenar lo siguiente:

### Empleado

¿Tiene usted cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si está en Medicare, ¿es por una enfermedad renal de fase terminal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si es por una enfermedad renal de fase terminal, ¿cuándo comenzaron los tratamientos de diálisis?

---

### Cónyuge / Dependientes

¿Tiene usted cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si está en Medicare, ¿es por una enfermedad renal de fase terminal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si es por una enfermedad renal de fase terminal, ¿cuándo comenzaron los tratamientos de diálisis?

---

### Dependientes

1.) Nombre \_\_\_\_\_ Nombre del otro seguro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_ N° de póliza \_\_\_\_\_

Titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_ médica \_\_\_\_\_ dental \_\_\_\_\_ vista \_\_\_\_\_ vida \_\_\_\_\_ farmacia \_\_\_\_\_ discapacidad  
\_\_\_\_\_ suplementaria \_\_\_\_\_ individual \_\_\_\_\_ de grupo \_\_\_\_\_ jubilado \_\_\_\_\_ cobra

2.) Nombre \_\_\_\_\_ Nombre del otro seguro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_ N° de póliza \_\_\_\_\_

Titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_ médica \_\_\_\_\_ dental \_\_\_\_\_ vista \_\_\_\_\_ vida \_\_\_\_\_ farmacia \_\_\_\_\_ discapacidad  
\_\_\_\_\_ suplementaria \_\_\_\_\_ individual \_\_\_\_\_ de grupo \_\_\_\_\_ jubilado \_\_\_\_\_ cobra

¿Quién más está cubierto bajo esta póliza?

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_

N° de grupo:  
Nombre del grupo:  
N° de identificación del participante:  
Nombre del paciente:

**Dependientes, continuación...**

**Si está separado legalmente o divorciado:**

Sírvase llenar lo siguiente para hijos dependientes con el fin de determinar cuál cobertura tiene la responsabilidad principal:

¿Cuál fue la fecha de divorcio o separación legal? \_\_\_\_\_

¿Cuál de los padres tiene la custodia física del hijo/a?

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Existe una orden de la corte que disponga que uno de los padres sea responsable de los gastos médicos / dentales / cuidado de la vista del hijo/a? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**\*\*Si la respuesta es sí, sírvase suministrar una copia de la sentencia de divorcio o plan de paternidad\*\***

¿Se ha vuelto a casar el padre de familia que tiene la custodia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es sí, el padrastro / la madrastra cubren a este hijo/a? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Quién más está cubierto bajo esta póliza?

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vínculo con el titular de la póliza \_\_\_\_\_

Sírvase suministrar un número de teléfono donde se le pueda ubicar si se requiere información adicional: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Certifico que según mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es verdadera. Autorizo a cualquier médico, centro médico, compañía de seguros o empleador a entregar información al Supervisor del plan / Procesador de reclamos.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dependiente (si tiene 18 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona que firma el formulario

Algunos estados requieren que le informemos que, “toda persona que a sabiendas y con intención de cometer fraude, o engañar a una compañía de seguros o al plan de beneficios de empleados, presenta una declaración falsa que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es, en algunos estados, culpable de un delito grave de tercer grado.”