

# ALLEGIANCE BENEFIT PLAN MANAGEMENT

2806 S. Garfield

PO Box 3018

Missoula, MT 59806-3018

1-800-877-1122 o (406) 721-2222

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

Identificación del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

Nº de identificación del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Hemos recibido información de que es posible que exista otra cobertura de seguro. Sírvase llenar el cuestionario siguiente y remitirlo a la dirección antes mencionada o enviarlo por fax al 1(866) 201-0522. Si tiene preguntas, póngase en contacto con nuestro departamento de servicio al cliente llamando al número mencionado anteriormente. Le agradecemos anticipadamente su pronta atención a este pedido.

## COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

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

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

Nombres de los miembros de la familia que tienen otra cobertura:

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
--------	---------------------	--------	---------------------

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
--------	---------------------	--------	---------------------

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
--------	---------------------	--------	---------------------

Nombre de la otra cobertura de seguro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

Número de la póliza \_\_\_\_\_

**\*\*\*FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Domicilio del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_ N° de identificación del participante: \_\_\_\_\_  
Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ N° de identificación del grupo: \_\_\_\_\_  
Reclamante: \_\_\_\_\_ Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura:  Médica  Dental  Vista  Vida  Autos  Farmacia  Discapacidad

Sírvase leer la declaración siguiente y responder a las preguntas que se indican a continuación que sean aplicables.

Cuando los padres de un hijo dependiente están divorciados o separados, o en el caso de familias de un solo padre, la cobertura del padre/madre con custodia del hijo/a normalmente paga primero salvo que exista una orden de la corte que señale que el otro padre/madre es responsable de los gastos del hijo/a. Con el fin de determinar cuál cobertura tiene la responsabilidad primaria por el/los hijo/hijos mencionados anteriormente, sírvase llenar lo siguiente:

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

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

¿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 ORDEN DE LA CORTE JUNTO CON ESTE FORMULARIO.**

**\*\*\*SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL FUE LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA? \_\_\_\_\_**

¿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

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 o más)

\_\_\_\_\_  
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 plan de beneficios de empleados, presenta una declaración falsa que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado”.