

Cuestionario de Coordinación de Beneficios

Nombre de Asegurado

Numero de Grupo

Numero de Identificación de Miembro

Sección **A** | Otro Seguro *Si no le aplica, seguir a la Sección B.*

No Si No, favor de llenar la sección D, firmar, poner fecha y entregar este cuestionario, indicando "No tener seguro."

Sí Si es así, favor de llenar la sección de abajo que pertenece al miembro que tiene la otra cobertura.

Marque lo que aplica: Otro Seguro Medico Otro Seguro Dental

Que tipo de póliza es? Grupo Póliza Individual Póliza de Estudiante Suplementario de Medicare

Nombre de la otra Compañía de Seguros

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Numero de teléfono

Dependiente(s) bajo otro Seguro

Nombre de asegurado de otro Seguro

Fecha de Nacimiento de Asegurado

Numero de Identificación

Fecha Inicial de otro Seguro

Si esta cancelada, fecha de terminación

Esta el asegurado: Trabajando activamente por el grupo Inactivo

Jubilado, fecha de jubilación: _____ Tiene COBRA, comenzando _____
(Indique la fecha)

Empleador de Asegurado

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Numero de teléfono

Sección **B** | **Información de Medicare** *Si no le aplica, seguir a la Sección C.*

Tiene el asegurado (y/o) los dependientes Medicare? **Sí** **No**

| _____
Nombre de la(s) persona(s) con Medicare

| _____
Numero de Identificación de Medicare, incluyendo letra(s)

Fecha Inicial de Medicare Parte A: _____ Fecha Inicial de Medicare Parte B: _____

Derecho a Medicare: Edad Discapacidad Enfermedad Renal en Etapa Terminal
"End Stage Renal Disease" (ESRD)*

*Si es por Discapacidad o ESRD, favor de llenar lo siguiente:

1er Fecha de Discapacidad: _____

1er Fecha de diálisis por ESRD: _____

Empezó ESRD en la clínica? Sí No

Empezó ESRD como auto-diálisis o diálisis en casa: Sí No

Ha recibido un trasplante? Sí No

Si es así, favor de llenar la fecha del trasplante: _____

Sección **C** | **Información de Orden Judicial** *Si no le aplica, seguir a la Sección D.*

Hay orden judicial que requiere que haya cobertura médica para los dependientes?

Sí **No**

| _____
Escriba los nombres de los dependientes bajo el orden judicial.

| _____
Si es así, quien se encarga de mantener cobertura médica?

| _____ | _____
Cual es su relación a los dependientes? Quien tiene custodia de los hijos mas de 50% del tiempo?

Sección **D** | **Nombre(s) de Dependiente(s)**

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Sexo	Numero de Seguro Social (Opcional)
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Numero de Seguro Social (Opcional)
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Numero de Seguro Social (Opcional)

Firma de Asegurado

Fecha