



Cuestionario de Otro Seguro

Nombre del Empleado _____
 Numero de Reclamo _____
 Numero de Cuenta _____

No. de Identificacion _____
 Fecha Incurrido _____
 Numero de Grupo _____

Existe otra cobertura de salud para usted o sus dependientes? Si _____ No _____
 Si la respuesta es **no**, firme y ponga la fecha abajo y regrese esta forma a HealthComp.
 Si la respuesta es **si**, por favor provea informacion pertinente a cada Portador/Plan que le provee cobertura de seguro de salud a usted y su familia.

#1: Nombre del **Portado/Plan**: _____ Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tipo de Plan (marque uno): Empleador Medicare Parte: A B D Medicaid Individuo Jubilado Otra _____
 (marque los que son aplicable)

Tipo de Cobertura: Medica Dental Vista Farmacia Fecha de Vigencia: _____ Fecha de Terminacion: _____
 (marque todos los que son aplicable) (si es aplicable)

#2: Nombre del **Portado/Plan**: _____ Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tipo de Plan (marque uno): Empleador Medicare Parte: A B D Medicaid Individuo Jubilado Otra _____
 (marque los que son aplicable)

Tipo de Cobertura: Medica Dental Vista Farmacia Fecha de Vigencia: _____ Fecha de Terminacion: _____
 (marque todos los que son aplicable) (si es aplicable)

#(s) del Portador	Dependientes Cubiertos	Relacion al Asegurado	Es la cobertura ordenada por el tribunal? (adjunte paginas pertinentes)	Persona con la cual el niño (a) reside principalmente y relacion al niño (a)
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____

Por favor aliste el Nombre y la Fecha de Nacimiento de todos los dependientes que no tienen otra cobertura de seguro de salud:

Nombre del Dependiente:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Dependiente:	Fecha de Nacimiento:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones arriba son verdad y completo segun mi leal saber y entender.

Su firma: _____ Fecha: _____