

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”.