

Para protegerlo a usted y a su fondo de salud, necesitamos averiguar si usted tiene otras pólizas vigentes que deberían ayudar a pagar por su atención médica. Este proceso estándar ocurre una vez al año. Se le llama, "Coordinación de Beneficios" ("Coordination of Benefits" (COB)).

¿Preguntas? Llame a su fondo de salud, UNITE HERE HEALTH, al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.

1: Información del empleado - REQUERIDO

Apellido ▾	Primer nombre	Segundo nombre	Teléfono ()	N.º de SS o N.º de ID de BCBS
------------	---------------	----------------	--------------------	-------------------------------

Calle ▾	Apt #	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
---------	-------	--------	---------	--------	---------------

¿Usted o cualquiera de sus dependientes tiene otro seguro (incluyendo Medicare)?

Sí – por favor, completar de la 2 a la 4 y enviar de vuelta el formulario No – por favor firmar, fechar y enviar de vuelta el formulario

2: Escriba el nombre de todos los miembros de la familia que tienen otro seguro

Apellido ▾	Primer nombre	Segundo nombre	Cobertura (seleccione todos los que apliquen)	Vigente – Fecha de Terminación
			<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> visión <input type="checkbox"/> Medicare	–
			<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> visión <input type="checkbox"/> Medicare	–
			<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> visión <input type="checkbox"/> Medicare	–
			<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> visión <input type="checkbox"/> Medicare	–

3: Llene con la información del otro seguro, y envíe una copia del frente y del reverso de la tarjeta de ID del otro seguro junto con este formulario

Nombre del titular de la póliza ▾	N.º de SS o N.º de ID del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza (mes-día-año)
-----------------------------------	--	--

Nombre de la otra compañía aseguradora ▾	N.º de teléfono de la otra compañía aseguradora	Otro empleador
--	---	----------------

Tipo de cobertura ▾
(Seleccione todos los que apliquen) Individual Esposo y Esposa Familia Padre/Madre y Niño(a)

Si su dependiente es elegible para Medicare, marque la razón:

(De ser así, proporcione una copia del frente y del reverso de la tarjeta Medicare del dependiente.)

Edad Discapacidad Enfermedad del riñón

4: Firmar y fechar este formulario.

Nombre en imprenta _____

Firma _____ Fecha _____

The caller authorizes a UNITE HERE HEALTH Representative to complete this form on his/her behalf. Yes No

If yes, HRT Representative Name ▾ Date

Nota: Un formulario incompleto podría retrasar el trámite de su reclamo. Asegúrese de proporcionar toda la información completa y exacta antes de enviarlo.