



2022 Coordinación de Beneficios

Numero de reclamo:

Recibimos la reivindicación mencionada anteriormente. El Plan en el cual usted y sus dependientes están cubiertos contiene una disposición de Coordinación de Beneficios que hace necesario que solicitemos periódicamente información nueva y / o actualizada en relación con la posibilidad de otra cobertura de seguro. Responda las siguientes preguntas y envíenos este formulario lo antes posible para evitar más retrasos en el procesamiento de su reclamo y garantizar el pago de los beneficios.

Información del Participante		
Nombre Completo del Participante (Apellido, Primero, M.I.):		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
BCBS ID#:	O Número de Seguro Social:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente Separado	
Dirección		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:	
Correo electrónico :		

Información del cónyuge	
Nombre del cónyuge (Apellido, Primero, M.I.):	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Número de Seguro Social:
Su cónyuge tiene otro seguro / cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, complete TODOS los siguientes:	
Empleador del cónyuge:	
Compañía de seguro del cónyuge:	Número de póliza:
Fecha Efectiva Del Cónyuge De La Otra Cobertura De Seguro:	

Información para Dependientes - Por favor liste todos los demás dependientes inscritos debajo				
Relación	Nombre (Apellido, Primero, M.I.)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo	Número de Seguro Social
Niño(a)			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	
Niño(a)			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	
Niño(a)			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	
Niño(a)			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	
Niño(a)			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	
Alguno de sus hijos dependientes tiene otro seguro / cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

En caso afirmativo, complete TODOS los siguientes:	
Nombre del Dependiente:	
Empleado del Dependiente:	
Compañía de Seguros de Dependientes:	Número de póliza:
Fecha Efectiva De Dependientes De La Otra Cubertura De Segur:	

Información de Medicare	
Es usted y / o sus dependientes elegibles para Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, lista de peticiones que es elegible y la razón:	
Nombre	Razón
	<input type="checkbox"/> Edad 65+ <input type="checkbox"/> Discapacitados menores de 65 años <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal o discapacitados ESRD
	<input type="checkbox"/> Edad 65+ <input type="checkbox"/> Discapacitados menores de 65 años <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal o discapacitados ESRD
	<input type="checkbox"/> Edad 65+ <input type="checkbox"/> Discapacitados menores de 65 años <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal o discapacitados ESRD
Fecha efectiva para:	
Medicare Parte A:	Medicare Parte B:
	Medicare Parte D:

Información de Responsabilidad Financiera
Tiene un hijo dependiente cubierto bajo este plan y alguien más tiene responsabilidad financiera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indique quién y bajo qué circunstancias:
En caso afirmativo, envíenos una copia de la (s) página (s) del documento legal (decreto judicial, decreto de divorcio, etc.) que valida este requisito.

Certificación

Certifico que estas declaraciones y respuestas son verdaderas a mi leal saber y entender.
Por favor firme y devuelva.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Nombre de impresión: _____

Gracias por ayudarnos a servirle mejor. Por favor devuelva este formulario completado por correo o fax a:

Professional Benefit Administrators, Inc.
900 Jorie Blvd, Suite 250
Oak Brook, IL 60523
Fax: (630) 286-4678