



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

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

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	
<b>Alguno de sus hijos dependientes tiene otro seguro / cobertura?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

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

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:	
<b>Medicare Parte A:</b>	<b>Medicare Parte B:</b>
	<b>Medicare Parte D:</b>

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