



P.O. BOX 45018  
FRESNO, CA 93718-5018

(559) 499-2450  
(800) 442-7247  
FAX (559) 499-2464

### CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

Usted también puede completar esta forma en HCOOnline: <https://hconline.healthcomp.com/forms-oi>

Para documentar completamente nuestro sistema con respecto a otro seguro de salud, es importante que complete lo siguiente:

Empleado Name \_\_\_\_\_ Identificación de miembro # \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

#### ¿Existe otra cobertura para usted o alguno de sus dependientes (esto incluye Medicare)?

**NO** – Por favor firme y la fecha en la parte inferior y envíe el formulario a HealthComp.

**SI** - Por proporcionar información relevante para cada portadora / plan adicional que proporciona otra cobertura de seguro de salud para usted y su familia adelante.

**#1: Portadora/ Nombre del Plan:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Tipo de plan (marque uno):**  Empleador  Medicare Parte: A B C D  Medicaid  Individual  Jubilado  Otro \_\_\_\_\_  
(marque todo lo que corresponda)

**Tipo de cobertura:**  Médico  Dental  Visión  Rx Effe fecha ctivo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(marque todo lo que corresponda) (si es aplicable)

**#2: Portadora/ Nombre del Plan:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Tipo de plan (marque uno):**  Empleador  Medicare Parte: A B C D  Medicaid  Individual  Jubilado  Otro \_\_\_\_\_  
(marque todo lo que corresponda)

**Tipo de cobertura:**  Médico  Dental  Visión  Rx Effe fecha ctivo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(marque todo lo que corresponda) (si es aplicable)

#### Usando los números sobre la portadora, por favor llene la información siguiente para cada dependiente cubierto

<b># (S) del Portadora</b> <small>(véa más arriba)</small>	<b>dependientes cubiertos</b>	<b>Relación con la tenedor de la póliza</b> <small>(En caso afirmativo, adjunte páginas relevantes)</small>	<b>¿Es la cobertura ordenado por la cort?</b>	<b>Persona con la cual el niño(a) reside Principalmente y relación al niño(a)</b> <small>(Si es aplicable)</small>
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____
_____	_____	_____	Si _____ No _____	_____

Por favor, indique el nombre y fecha de nacimiento de todos los miembros cubiertos que **NO** tienen otra cobertura de seguro médico incluyendo usted:

<b>Nombre de usuario:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Nombre de usuario:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_