



Cuestionario De Otro Seguro

Alliant Health Plans comprende que a veces usted puede tener más de un plan de seguro médico que lo cubra a usted o a sus dependientes. Si tiene una cobertura médica adicional, por favor complete este formulario para que sus reclamos sean procesados correctamente. Si después de entregar el formulario, ocurre algún cambio en la siguiente información, favor de comunicarse de inmediato con el departamento de Servicio al Cliente de Alliant Health Plans al 866-403-2785. Por favor, complete la información que se le solicita y envíela con toda la documentación adicional por correo o fax.

Correo postal: Alliant Health Plans
PO Box 1128
Dalton, GA 30722

Fax: 866- 634-8917

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Nombre del Suscriptor:	
Número de Identificación del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA
Número del Reclamo (si procede):	
Número de Teléfono del Suscriptor:	Correo Electrónico del Suscriptor:

SECCIÓN A: OTRO SEGURO MÉDICO

¿Está el Suscriptor o cualquier dependiente de esta póliza cubierto por alguna otra póliza de seguro médico? <input type="checkbox"/> No Por favor, continúe con la Sección D. <input type="checkbox"/> Sí Por favor, llene todos los campos a continuación que se relacionen con el (los) miembro(s) que tiene(n) otro seguro. Por favor, incluya una copia de identificación del otro seguro al momento de entregar este formulario	
¿De qué tipo de póliza se trata?: <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Para Estudiantes <input type="checkbox"/> Medicare (Continúe a la Sección B)	
Nombre de la Otra Compañía de Seguro:	
Dirección:	
Número de Teléfono:	
Dependiente(s) incluido(s) en el Otro Seguro:	
Nombre del Suscriptor de la Otra Compañía de Seguro:	
Fecha de Nacimiento del Suscriptor: MM/DD/AAAA	Número de Identificación:
Fecha Efectiva del Otro Seguro: MM/DD/AAAA	Si ha sido cancelado, indique la fecha de cancelación: MM/DD/AAAA
Si se trata de un plan de grupo, especifique si el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Esta trabajando activamente para el grupo <input type="checkbox"/> Esta inactivo <input type="checkbox"/> Está jubilado, fecha de jubilación: _____ <input type="checkbox"/> Tiene el segura COBRA, fecha de inicio: _____	

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE MEDICARE

¿El suscriptor de Alliant Health Plans o el (los) dependiente(s) tiene(n) Medicare?

- No Por favor, continúe a la Sección D.
 Sí Complete todos los campos relacionados con el (los) miembro(s) que tiene(n) otra cobertura. Incluya una(s) copia(s) de la(s) otra tarjeta(s) de identificación de Medicare con este formulario al momento de entregarlo.

Nombre(s) de la(s) persona(s) que tiene(n) Medicare:

Número de Medicare, incluya caracteres alfabéticos:

Fecha Efectiva de Medicare Parte A: MM/DD/AAAA

Fecha Efectiva de Medicare Parte B: MM/DD/AAAA

Si la persona tiene Medicare debido a una discapacidad o una Enfermedad Renal Terminal (ESRD), presente la siguiente información

Primera Fecha de Discapacidad: MM/DD/AAAA

Primera Fecha de Diálisis por ESRD: MM/DD/AAAA

La ESRD comenzó cuando la persona estaba hospitalizada? Sí No

La ESRD comenzó como Auto Diálisis o Diálisis en Casa Sí No

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE LA ORDEN JUDICIAL

¿Existe una orden judicial que especifique que una(s) persona(s) mantenga(n) cobertura médica para algunos de sus dependientes?

- No Por favor, continúe con la Sección D.
 Sí Complete los campos a continuación relativos a la información de la orden judicial.

Liste los nombres de los dependientes a los que se aplica esto:

Si respondió Sí, ¿quién(es) es (son) la(s) persona(s) que se incluye(n) en la lista de los que deben mantener cobertura médica?

¿Cuál es la relación con el (los) dependiente(s)?

¿Quién tiene la custodia del (de los) dependiente(s) más del 50% del tiempo?

Alliant Health Plans puede solicitar documentación de la orden judicial

SECCIÓN D: NOMBRE DEL (DE LOS) DEPENDIENTE(S) EN LA PÓLIZA DE ALLIANT HEALTH PLANS

Nombre:	Relación o parentesco:
Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA Sexo:	Número de Seguro Social:
Nombre:	Relación o parentesco:
Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA Sexo:	Número de Seguro Social:
Nombre:	Relación o parentesco:
Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA Sexo:	Número de Seguro Social:

Firma del Suscriptor: _____

Fecha: MM/DD/AAAA _____