

BAY AREA AUTOMOTIVE GROUP WELFARE FUND

4160 Dublin Blvd., Suite 400

Dublin, California 94568-7756

Telephone 1-800-267-3232 • Fax 925-833-7301

QUESTIONARIO DE COBERTURA DUAL

_____	_____
Miembro	Fecha
_____	_____
Seguro Social	Paciente

Sr./Sra.: _____: Hemos recibido reclamos que indican que usted o uno de sus familiares, tiene cobertura con _____. Para coordinar sus beneficios es necesario que nos provea con la siguiente información para determinar quien seria el proveedor primario para _____

1. Favor de proveer la siguiente información referente al seguro de la otra persona.
 - Nombre de la persona asegurada: _____
 - Esta trabajando la otra persona asegurada? _____
 - Si es retirado (jubilado), fecha en que se retiro (jubilo): _____
 - Relación con el paciente: _____
 - Numero del seguro social: _____
 - Fecha de nacimiento: _____
2. Es el otro seguro, cobertura de grupo o privado? _____
3. Si el otro seguro es de grupo, por favor complete lo siguiente:
 - Nombre, teléfono, y domicilio del otro seguro: _____
 - _____
 - Nombre del participante: _____
 - Numero de póliza: _____
 - Fecha en que la póliza fue vigente(comenzó): _____
 - Si cancelado, fecha: _____
 - La póliza cubre a su esposo(a)? _____ Hijos? _____
 - Es este plan un HMO? _____

Los cargos sometidos no podrán ser procesados sin esta información. Por favor regrese todas sus notas de gastos con esta forma completada. Si usted tiene preguntas sobre esta forma, por favor hable a nuestra oficina.

Firma

Fecha