

**BAY AREA AUTOMOTIVE GROUP WELFARE FUND**

**4160 Dublin Blvd., Suite 100**

**Dublin, California 94568-7755**

**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 sería 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