



## FORMULARIO DE OTRA INFORMACIÓN DE COBERTURA

Grupo # _____	Trabajar activamente
Nombre del afiliado _____	Jubilado Fecha de jubilación _____
Identificación de miembro # _____	Discapacitado-Trabajando    Discapacitado-No Trabajando

¿Usted, su cónyuge o algún dependiente cubierto por este plan AultCare han tenido alguna otra cobertura médica, dental, oftalmológica, RX o Medicare en los últimos 24 meses?

No: No es necesario completar el resto del formulario. Firme y feche la segunda página y devuélvala a AultCare.    Sí: complete el formulario completo, firmelo, feche y devuélvalo a AultCare.

¿Tiene un seguro médico en el que es afiliado/titular de la póliza que no sea este plan AultCare?	
No: Fecha de terminación del transportista anterior    Sí: Complete a continuación	
OTRA Cobertura:    Plan activo    Plan para jubilados    COBRA    Plan individual    Medicare	
Nombre del seguro	Grupo #    Fecha efectiva
Nombre del empleador actual	
¿ Quién está cubierto por OTRO plan?	
Verifique las coberturas:    Médica    Dental    Visión    Receta    Suplementaria/Medicaid	

Nombre de la esposa	Fecha de nacimiento	Fecha de casamiento
¿Está empleado el cónyuge?    No    Sí En caso afirmativo, nombre del empleador		
¿Tiene el cónyuge otra cobertura?    No		
Tiempo parcial    No se ofrecen beneficios    Desempleado    Trabajador independiente    Costo    Período de espera    Fecha en que terminó la cobertura		
Fecha de elegibilidad para la cobertura _____ anterior _____		
Sí    OTRA cobertura:    Plan activo    Plan para jubilados    COBRA    Plan individual    Medicare		
Nombre del tomador de la póliza	IDENTIFICACIÓN	Grupo #
Nombre del seguro	Fecha efectiva	
¿Quién está cubierto por el plan del cónyuge?		
Verifique las coberturas:    Médica    Dental    Visión    Receta    Suplementaria/Medicaid		

Nombres y apellidos de los niños	Relación
	Hijo natural del afiliado y cónyuge    Hijo natural del afiliado    Parte 4 Hijo natural del cónyuge    Parte 4    Otro _____    Parte 4    Hijo
	natural del afiliado y cónyuge    Hijo natural del afiliado    Parte 4    Hijo natural del cónyuge    Parte 4    Otro _____    Parte 4
	Hijo natural del afiliado y cónyuge    Hijo natural del afiliado    Parte 4 Hijo natural del cónyuge    Parte 4    Otro _____    Parte 4
	Hijo natural del afiliado y cónyuge    Hijo natural del afiliado    Parte 4 Hijo natural del cónyuge    Parte 4    Otro _____    Parte 4

Si necesita espacio adicional, utilice la página 3.

Para cualquier niño de 18 años o más que tenga cobertura de seguro que no sea a través de un padre biológico o madrastra, complete la parte 4A.

Grupo # \_\_\_\_\_ Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Identificación de miembro # \_\_\_\_\_

Complete toda la información en esta sección para cada niño cubierto por su plan que tenga un padre biológico diferente al inscrito y al cónyuge que figuran en la primera página. Si no se proporcionaron previamente, la documentación judicial y/o las sentencias de divorcio deben enviarse a AultCare para actualizar con precisión sus registros.

El nombre del niño \_\_\_\_\_ ¿Su dirección es la misma que la del inscrito?  Sí  No

Si no, proporcione la dirección \_\_\_\_\_

Si tiene 17 años o más, proporcione la fecha de graduación de la escuela secundaria \_\_\_\_\_

Nombre del otro padre biológico/adoptivo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de los padres \_\_\_\_\_

Dirección del otro padre \_\_\_\_\_

¿Tienen los niños otra cobertura de seguro además de este plan AultCare?  Sí  No

¿Igual que la cobertura del cónyuge?  Sí  No Si no, complete la información a continuación.

Nombre del tomador de la póliza \_\_\_\_\_

Relacion hacia el niño \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Fecha efectiva \_\_\_\_\_

Fecha del plazo \_\_\_\_\_

Verifique las coberturas:  Médica  Dental  Visión  Receta  Suplementaria/Medicaid

El nombre del niño \_\_\_\_\_

¿Está disponible la cobertura de seguro a través del empleador del hijo adulto?  Sí  No

Nombre del tomador de la póliza \_\_\_\_\_

Relacion hacia el niño \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Fecha efectiva \_\_\_\_\_

Fecha del plazo \_\_\_\_\_

Verifique las coberturas:  Médica  Dental  Visión  Receta  Suplementaria/Medicaid

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Parte A Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

Parte A Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la Parte B \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la Parte B \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la Parte D \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la Parte D \_\_\_\_\_

Motivo de la cobertura de Medicare:

65 años o más  Discapacitado

Motivo de la cobertura de Medicare:

65 años o más  Discapacitado

Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Fecha de inicio del tratamiento de diálisis \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento de diálisis \_\_\_\_\_

La diálisis comenzó en  Centro  Diálisis propia o en el hogar

La diálisis comenzó en  Centro  Diálisis propia o en el hogar

Fecha del trasplante de riñón \_\_\_\_\_

Fecha del trasplante de riñón \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA DE FRAUDE DE SEGUROS:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros. Reconozco que AultCare puede usar y divulgar mi información médica protegida, así como la información médica protegida de mi familia para pagos, tratamientos y operaciones. Esta información puede divulgarse a otras compañías de seguros, administradores externos, agencias estatales y federales, proveedores de atención médica y otras organizaciones y personas que desempeñan funciones profesionales, comerciales o de seguros para AultCare, según lo permitan las leyes estatales y federales. La información puede usarse, entre otros, para procesar solicitudes de inscripción, clasificaciones de riesgo, detectar o prevenir fraudes, auditorías internas y externas, administración de reclamos, gestión de casos, programas de mejora de la calidad, informes de salud pública, investigaciones policiales y coordinación de beneficios, programas de gestión médica y subrogación.

Firma del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono del afiliado \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Envíe este formulario por correo o fax a: AultCare Attn: COB, PO Box 6910 Canton, OH 44706 o 330-363-7746 aultcareeligibility@aultcare.com Attn: COB

Nota: Si se produce algún cambio durante el año, notifique a AultCare al 330-363-6360 | 1-800-344-8858 | Teléfono: 711.

Utilice esta hoja para obtener espacio adicional para el Formulario de información sobre otra cobertura.

Grupo # \_\_\_\_\_ Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Identificación de miembro # \_\_\_\_\_

