



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 # _____

Proporcione 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 página. Si no se proporcionaron previamente, la documentación judicial y/o las sentencias de divorcio deben enviarse a AultCare para actualizar con precisión sus datos.

Nombre del niño _____ ¿Su dirección es la misma que la del inscrito? Sí No

Proporcione la dirección _____

Si el niño 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 _____

Relación del otro padre _____

¿Tiene 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 _____ Relación hacia el niño _____

Fecha efectiva del seguro _____ Fecha del plazo _____

Las coberturas: Médica Dental Visión Receta Suplementaria/Medicaid

Nombre del niño _____

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

Nombre del tomador de la póliza _____ Relación hacia el niño _____

Fecha efectiva del seguro _____ Fecha del plazo _____

Las coberturas: Médica Dental Visión Receta Suplementaria/Medicaid

Nombre _____

Fecha de vigencia _____

Fecha de vigencia de la Parte B _____

Fecha de vigencia de la Parte D _____

Motivo de la cobertura de Medicare: 65 años o más Discapacitado

Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Fecha de inicio del tratamiento de diálisis _____

La diálisis comenzó en Centro Diálisis propia o en el hogar

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 # _____

A large empty rectangular box with a blue border, intended for additional information.