

Verificación de información general (Formulario de reclamo)

Para mantener la información precisa y actualizada, le agradeceremos que actualice este formulario anualmente.

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: Empleador: _____ N°. de grupo _____

Nombre del empleado: _____ N°. del seguro social o N°. de identificación: _____
Escriba con letra de imprenta, por favor

1. ¿Se encuentra usted o algún miembro de su familia cubierto por Medicare o por algún plan de beneficios médicos ajeno al plan que se le está ofreciendo a través de su empleador?

- No.** En caso negativo, firme este formulario, colóquele la fecha y devuélvalo a Gilsbar, Inc.
- Sí.** En caso afirmativo, complete la información contenida en el cuadro siguiente:

<i>Dependientes:</i> _____	<i>Fecha de nacimiento</i> _____
_____	<i>Fecha de nacimiento</i> _____
_____	<i>Fecha de nacimiento</i> _____

Otra póliza de seguro: _____

Dirección de la otra compañía o plan de seguros: _____

Portador de la póliza: _____ *Fecha de nacimiento:* _____

N°. de seguro social o de identificación del portador de la póliza: _____ *Fecha de vigencia de la póliza:* _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE BENEFICIOS AL MÉDICO: Por este medio autorizo el pago directo al médico de los beneficios quirúrgicos o médicos, si los hubiera, que de otra manera debieran ser pagados a mí por los servicios descritos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ACUERDO DE REEMBOLSO: Autorizo la divulgación de cualquier información del seguro o concerniente a asesoría por servicios de salud, tratamiento o suministros que se le hayan proporcionado al paciente (inclusive lo relacionado con enfermedad mental o SIDA/ARC/VIH). Esta información se utilizará para evaluar los reclamos de beneficios. Se puede utilizar esta autorización por un período de 24 meses, a partir de la fecha en que se firmó a continuación, a menos que se revoque antes. Tengo entendido que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso escrito a Gilsbar en la dirección proporcionada en este formulario. No tendrá ningún efecto en la información que ya se haya divulgado o recabado. A nombre propio en lo individual y en caso de que el reclamante sea un menor de edad, así como también en calidad de su tutor, acepto reembolsarle al plan de salud cualquier valor monetario que reciba como resultado de responsabilidad civil o de terceros, inclusive y sin limitación cualquier valor monetario originado de cualquier arreglo, demanda o sentencia. Además de este acuerdo de reembolso, también reconozco que el plan de salud tendrá un derecho de subrogación en contra de cualquier tercero responsable de los beneficios pagados. Una fotocopia de esta autorización y acuerdo de reembolso será igualmente válida que el original. Estoy enterado de que puedo solicitar una copia de esta autorización.

Declaro que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario está completa y es exacta. Si se obtiene otra cobertura de seguro médico para cualquier miembro de mi familia después de llenar este formulario, tengo entendido de que soy responsable de notificarlo a Gilsbar, Inc. de inmediato.

<p>▶ _____ Firma (empleado)</p>	<p>_____ Firma (paciente, padre/madre o tutor, en caso de un menor de edad)</p>	<p>_____ Fecha</p>
-------------------------------------	---	------------------------