

INSURANCE MANAGEMENT SERVICES
VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL DEPENDIENTE
(COMPLETE TODO EL FORMULARIO)

Necesitamos la siguiente información para poder verificar la elegibilidad de su dependiente. Hasta que recibamos esta información y toda la documentación necesaria, no podremos procesar ninguna reclamación para este dependiente. Si debemos negar una reclamación, sólo podrá ser reprocesada con una solicitud por escrito. Entregue la documentación correspondiente dentro de los 30 días.

Nombre del Empleado: _____

Nombre del Dependiente: _____

Madre Biológica del Dependiente

Nombre: _____

Dirección: _____

Empleador: _____

Número de Teléfono del Empleador: _____

Padre Biológico del Dependiente

Nombre: _____

Dirección: _____

Empleador: _____

Número de Teléfono del Empleador: _____

1. Los padres biológicos están: _____ Casados _____ Divorciados _____ Separados _____ Madre Fallecida
_____ Padre Fallecido _____ Nunca se casaron _____ Otro (explique) _____

2. Relación entre el dependiente y el empleado: _____ Hijo Biológico _____ Hijo Adoptivo (Certificado de Nacimiento)
_____ Otro (explique) _____

3. Si el dependiente no es hijo biológico del empleado, ¿a partir de qué fecha es dependiente?

4. El dependiente, ¿vive con el empleado? _____ Sí _____ No

5. El dependiente, ¿tiene empleo de tiempo completo? _____ Sí _____ No

6. El dependiente, ¿es un estudiante de tiempo completo? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es Sí, presente una verificación de alumno de tiempo completo emitida por la secretaría de la escuela a donde va el dependiente.

7. Usted o alguno de sus dependientes, ¿tiene otro seguro? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la(s) persona(s) asegurada(s): _____ Número de Póliza: _____

Nombre de la Otra Compañía de Seguros: _____

Número de Teléfono: _____

8. Si los padres biológicos están divorciados o no se casaron, ¿hay una sentencia de divorcio/orden de pensión alimenticia para los hijos que establezca quién es responsable de la cobertura del dependiente? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es Sí, presente una copia de la primera página de la sentencia de divorcio/orden de pensión alimenticia para los hijos y de cualquier página adicional que detalle quién es responsable de la cobertura del dependiente. Aunque el dependiente tenga otra cobertura, todavía estará cubierto por este plan. La sentencia de divorcio/orden de pensión alimenticia para los hijos se utiliza para determinar la responsabilidad del primer y del segundo pagador.

Tenga en Cuenta: La aprobación de esta verificación no se extiende de manera indefinida. Tal vez sea necesario solicitar otro formulario para poder determinar que el estado del dependiente no cambió.

Manifiesto que las respuestas y las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Comprendo que las declaraciones anteriores serán utilizadas para verificar que el dependiente nombrado arriba es elegible para la cobertura según la definición de dependiente que figura en el plan grupal por el cual estoy cubierto.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Número de Seguro Social del Empleado: _____