

**KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY ŚWIADCZEŃ DLA
POZOSTAJĄCYCH NA UBEZPIECZENIU DZIECI W WIEKU 18-25 LAT
PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ I ODESŁAĆ NA ADRES:**

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

CLAIM DEPARTMENT

111 EAST WACKER DR. • 17 FLOOR • CHICAGO, ILLINOIS 60601 • TELEFON (312) 233-8899

Formularz ten należy wypełnić w całości w przypadku każdego nowego roszczenia składanego w tym urzędzie. Po wypełnieniu formularza prosimy o dołączenie faktur i odesłanie ich do nas.

CZĘŚĆ I - DO WYPEŁNIENIA PRZEZ PRACOWNIKA

Imię i nazwisko pracownika _____ Nr telefonu (____) _____

Adres zamieszkania: _____ Miasto _____ Stan _____ Kod _____

Nr identyfikacyjny lub SSN _____ Data urodzenia _____ Płeć _____

Pracodawca: _____ Nr telefonu(____) _____

Adres: _____ Miasto _____ Stan _____ Kod _____

**Informacje
Pacjenta:**

- Pracownik _____
 Współmałżonek _____
 Dziecko _____

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Płeć

**WAŻNE - TA SEKCJA MUSI ZOSTAĆ WYPEŁNIONA - NIEWYPEŁNIENIE TEJ SEKCJI
JEDYNIĘ OPÓŹNI ROZPATRZENIE TEGO ROSZCZENIA.**

Imię i nazwisko współmałżonka _____ Data urodzenia _____

Czy Twój współmałżonek pracuje i ma ubezpieczenie u swojego pracodawcy? Tak Nie

Nazwa pracodawcy sponsorującego inne ubezpieczenie _____

Imię i nazwisko pracownika należącego do innej grupy _____

Nr grupy i/lub Nr polisy ubezpieczeniowej _____

Nazwa oraz numer telefonu do powyższego ubezpieczenia _____

(Jeśli powyżej udzielono odpowiedzi TAK, pamiętaj o wysłaniu kopii tych samych rachunków do powyższego ubezpieczenia).

Niniejszym potwierdzam, że powyższe oświadczenia, w tym wszelkie towarzyszące im oświadczenia, są zgodne z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, prawdziwe, poprawne i kompletne..

Podpis pracownika _____ Data _____

ROSZCZENIE NIE MOŻE ZOSTAĆ ROZPATRZONE BEZ TWOJEGO PODPISU

Wszystkie usługi medyczne świadczone w ramach niniejszego Planu są automatycznie wypłacane usługodawcy, chyba że w momencie składania wniosku do Biura ds. Roszczeń zostanie dostarczony w pełni opłacony rachunek.

-PROSZE WYPEŁNIĆ OBIE STRONY TEGO FORMULARZA -

**KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY ŚWIADCZEŃ DLA
POZOSTAJĄCYCH NA UBEZPIECZENIU DZIECI W WIEKU 18-25 LAT
PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ I ODESŁAĆ NA ADRES:**

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

CLAIM DEPARTMENT

111 EAST WACKER DR. • 17 FLOOR • CHICAGO, ILLINOIS 60601 • TELEFON (312) 233-8899

CZEŚĆ II – INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA

1. Imię i nazwisko dziecka	_____		
2. Numer Socjalny/ SSN	_____		
3. Data urodzenia dziecka	Miesiąc	Dzień	Rok
4. Płeć	<input type="checkbox"/> Męska	<input type="checkbox"/> Żeńska	
5. Adres (Jeśli inny niż rodzica)	_____		
	Ulica		
	Miasto	Stan	Kod
6. Czy dziecko jest zatrudnione?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - Jeśli nie, proszę przejść do pytania 8.		
7. Czy dziecko wybrało ubezpieczenie zdrowotne w ramach swojego zatrudnienia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
	Jeśli tak, data wejścia w życie tegoż ubezpieczenia _____		
	Nazwa oraz numer telefonu ubezpieczenia _____		
8. Czy dziecko jest:	<input type="checkbox"/> Osobą samotną <input type="checkbox"/> W związku małżeńskim		
	Jeśli jest w związku małżeńskim, odpowiedz na pytanie 9.		
9. Czy współmałżonek dziecka jest zatrudniony?	<input type="checkbox"/> Tak- Jeśli tak, odpowiedz na pytanie 10. <input type="checkbox"/> Nie		
10. Czy dziecko wybrało ubezpieczenie zdrowotne poprzez ubezpieczenie współmałżonka?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
	Jeśli tak, data wejścia w życie tegoż ubezpieczenia _____		
	Nazwa oraz numer telefonu ubezpieczenia _____		

CZEŚĆ III - PODPIS

Oświadczam, że moje dziecko jest w wieku 18-25 lat, nie jest objęte żadną opieką zdrowotną oferowaną przez pracodawcę dziecka lub współmałżonka dziecka i że jeśli zostanie zapisane do takiego ubezpieczenia w przyszłości, poinformuję o tym Fundusz w ciągu 30 dni. Ponadto potwierdzam, że informacje podane w niniejszym formularzu są prawdziwe, poprawne i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Podpis pracownika

Data

- PROSZE WYPEŁNIĆ OBIE STRONY TEGO FORMULARZA -

