

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS  
CUESTIONARIO PARA HIJOS DEPENDIENTES  
EN EDADES DE 18-25

POR FAVOR COMPLETAR LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA Y DEVOLVER A:

**SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust**

DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES

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

Este formulario se debe llenar por **completo** para cada nueva reclamación que se presente ante esta oficina. Después de haber completado el formulario, por favor adjunte las facturas y devuélvanoslo.

**PARTE I – PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO**

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Código de Área \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

NSS o Identificación Alternativa#: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Información del paciente: Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE – DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN – NO COMPLETAR ESTA SECCIÓN SOLAMENTE CAUSARÁ DEMORAS PARA PROCESAR EL RECLAMO.**

Nombre del esposo/a del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Esposo/a del empleado tiene un seguro a través de su empleo?  Sí  No

Nombre del empleador que patrocina el otro seguro \_\_\_\_\_

Nombre del empleado que pertenece al otro grupo \_\_\_\_\_

No. de póliza grupal y/o No. de suscriptor \_\_\_\_\_

Nombre completo y dirección donde usted presentaría una reclamación para el otro seguro:

\_\_\_\_\_  
(si la respuesta anterior es Sí por favor asegúrese de enviar copia de las mismas facturas a la otra compañía).

Yo, por medio del presente, certifico que las declaraciones anteriores, incluyendo cualquier declaración adjunta, a mi leal saber y entender son ciertas, correctas y completas.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

EL RECLAMO NO PUEDE PROCESARSE SIN SU FIRMA

Todos los beneficios proporcionados bajo este Plan son cedidos automáticamente al proveedor del servicio salvo que se entregue un recibo pagado por completo a la Oficina de Reclamaciones al momento de presentar la Reclamación.

