

**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

200 EAST RANDOLPH STREET • SUITE 1500 • 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 Pracownik _____

Pacjenta: 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 -

**KWESIONARIUSZ DOTYCZĄCY SWIADCZEN DLA
POZOSTAJĄCYCH NA UBEZPIECZENIU DZIECI W WIEKU 18-25 LAT**
PROSZE WYPEŁNIC FORMULARZ I ODEŚLIĆ NA ADRES
SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust
Claim Department
200 EAST RANDOLPH STREET * SUITE 1500 * CHICAGO, ILLINOIS 60601 * TELEFON (312) 233-8899

CZĘŚĆ II – INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA

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

CZĘŚĆ 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 -