

Sección III:

¿Hay otro miembro asegurado de la familia que está actualmente, o ha estado alguna vez, inscrito en el programa de Medicare Parte A o Parte B?												<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No		
En caso de que sí, debe completar lo siguiente. Si no, pase a la Sección IV. Si necesita espacio adicional para completar esta sección, favor de adjuntar otra hoja de papel.																
Nombre Completo: <i>(Escriba el nombre exactamente cómo aparece en su tarjeta de Seguro Social o de Medicare si la tiene.)</i>																
Parentesco <i>(Hijo dependiente, pareja de hecho, etc.):</i>																
Número de Reclamación de Medicare				-	-	-	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)				-	-				
Número de Seguro Social: <i>(Si no dispone del Número de Reclamación de Medicare)</i>				-	-	-	Sexo				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino			

Nombre Completo: <i>(Escriba el nombre exactamente cómo aparece en su tarjeta de Seguro Social o de Medicare si la tiene.)</i>																
Parentesco <i>(Hijo dependiente, pareja de hecho, etc.):</i>																
Número de Reclamación de Medicare				-	-	-	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)				-	-				
Número de Seguro Social: <i>(Si no dispone del Número de Reclamación de Medicare)</i>				-	-	-	Sexo				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino			

Nombre Completo: <i>(Escriba el nombre exactamente cómo aparece en su tarjeta de Seguro Social o de Medicare si la tiene.)</i>																
Parentesco <i>(Hijo dependiente, pareja de hecho, etc.):</i>																
Número de Reclamación de Medicare				-	-	-	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)				-	-				
Número de Seguro Social: <i>(Si no dispone del Número de Reclamación de Medicare)</i>				-	-	-	Sexo				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino			

Sección IV:

Entiendo que los datos solicitados por medio de la presente son para ayudar al asegurador, administrador de tercera o plan de seguro médico grupal para coordinar correctamente los beneficios con Medicare y para cumplir con su obligación de facilitar los datos conforme a la ley de Medicare.

Nombre del Suscriptor (Letra de Molde)

No. De Identificación del Plan de Seguros del Suscriptor

Nombre de la persona Que rellenó Este Documento (Letra de Molde)

Firma de la Persona Que Rellenó Este Documento

Fecha

Si completó las Secciones I a IV anteriores, no debe completar la siguiente parte. Si no desea dar los datos de las Secciones I a IV, pase a la Sección V.

Sección V:

Nombre del Suscriptor (Letra de Molde)

No. De Identificación del Plan de Seguros del Suscriptor

Por las razones mencionadas en seguida, no he facilitado los datos solicitados. Entiendo que si soy beneficiario de Medicare y no facilito los datos solicitados, podría ser una infracción de mis obligaciones como beneficiario de ayudar a Medicare a coordinar los beneficios para que paguen mis reclamaciones de forma correcta y a tiempo.

Razones Por Las Que Rehúso Dar los Datos Solicitados:

Nombre de la persona Que rellenó Este Documento (Letra de Molde)

Firma de la Persona Que Rellenó Este Documento / Fecha