



## Insurance Questionnaire (Cuestionario sobre Seguros)

Condado N° \_\_\_\_\_  
Asistente N° \_\_\_\_\_

Para asegurarse de que sus reclamos se paguen lo más rápido y correctamente posible, complete este formulario y devuélvalo a la oficina local del Department of Human Services (DHS).

**Su Nombre:** \_\_\_\_\_ **Su N° de Ident. Estatal, si corresponde:** \_\_\_\_\_

¿Tienen usted, sus hijos u otras personas que vivan en su hogar, cobertura de seguro médico?

- Sí  No, deténgase aquí

Si respondió afirmativamente, ¿quién es el titular del seguro médico?

- Usted  Uno de sus padres, el cual no vive con usted  
 Otra persona que vive con usted  Otra persona que no vive con usted

**Instrucciones:** Por favor, complete la siguiente información. Las casillas con esta marca \* son obligatorias. Utilice la página siguiente si posee otra póliza.

### Información acerca de la Primera Póliza

Marque **todos** los que correspondan a esta póliza:

- Gastos Médicos Mayores  Medicamentos  Oftalmológicos  Odontológicos  
 Suplemento Medicare (Planes de Medicare y Medicare Advantage no necesitan ser reportados.)

*Titular de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono ( )
Dirección postal (N° de la vivienda, calle, departamento, o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
*Número de Social Security	*Fecha de nacimiento	*N° de Identificación Estatal
*Nombre de la compañía de seguros		Teléfono ( )
Dirección postal de la oficina de reclamos del seguro (N°, calle, o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
Si accede al seguro a través de su empleador, nombre del empleador		
*Número de la póliza	Número de grupo	Fecha de vigencia de la póliza

### Personas cubiertas por la póliza anterior:

Llene la siguiente información y díganos si estas personas están cubiertas actualmente o si las agrega o las quita del seguro.

Cubierto actualmente	Elija Uno:		Fecha de vigencia	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de Nac.	Identificación Estatal	Parentesco con el Titular
	Agregar	Quitar					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

## Información sobre la Segunda Póliza

Marque **todos** los que correspondan a esta póliza:

- Gastos Médicos Mayores   
  Medicamentos   
  Oftalmológicos   
  Odontológicos  
 Suplemento Medicare (Planes de Medicare y Medicare Advantage no necesitan ser reportados.)

*Titular de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono (    )
Dirección postal (Nº de la vivienda, calle, departamento, o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
*Número de Social Security	*Fecha de nacimiento	*Nº de Identificación Estatal
*Nombre de la compañía de seguros		Teléfono (    )
Dirección postal de la oficina de reclamos del seguro (Nº, calle, o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
Si accede al seguro a través de su empleador, nombre del empleador		
*Número de la póliza	Número de grupo	Fecha de vigencia de la póliza

### Personas cubiertas por la póliza anterior:

Llene la siguiente información y díganos si estas personas están cubiertas actualmente o si las agrega o las quita del seguro.

Cubierto actualmente	Elija Uno:		Fecha de vigencia	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de Nac.	Identificación Estatal	Parentesco con el Titular
	Agregar	Quitar					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

¿Desea contarnos algo más con respecto a la información sobre seguros que nos facilitó? En caso afirmativo, por favor utilice este espacio.