



FORMULARIO DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)
COORDINATION OF BENEFITS (COB) FORM

Nombre del empleado:
(Employee Name)

Número de seguro social:
(Social Security Number)

Nombre del grupo:
(Group Name)

Su plan de salud grupal contiene un servicio de Coordinación de Beneficios (COB) para asegurar que se provean los beneficios correctos ante las solicitudes para los miembros cubiertos por más de un plan de salud.

(Your group health plan contains a Coordination of Benefits (COB) provision to ensure correct benefits are provided on claims for members covered by more than one health plan. We need information about possible other insurance coverage, including Medicare, before we can process your claim.)

¿Está usted o cualquier miembro de su familia cubierto por cualquier otro programa de seguro o por Medicare?
(Are you or any members of your family covered by any other insurance program or Medicare?)

SÍ NO (Marque con un círculo)
(Yes) (No) (Please circle one)

Si hizo un círculo en "NO", vaya directamente al final de este formulario, firme e indique la fecha.
(If you circled "NO", please skip to the bottom of this form and sign and date.)

Si hizo un círculo en "SÍ", complete la siguiente información:
(If you circled "YES", please complete the following information:)

Nombre de la otra empresa aseguradora
(Name of other insurance)

Dirección de la otra empresa aseguradora
(Address of other insurance)

Fecha de vigencia de la otra cobertura
(Effective date of other coverage)

Dependientes cubiertos bajo esta póliza
(Dependents covered under this policy)

¿Qué cubre esta póliza? (Marque con un círculo)
(What does this policy cover?) (please circle)

MÉDICO
(MEDICAL)

ODONTOLÓGICO
(DENTAL)

OFTALMOLÓGICO
(VISION)

MEDICAMENTOS
(DRUG)

Nombre del titular de la póliza
(Name of policy holder)

Fecha de nacimiento del titular de la póliza
(Date of birth of policyholder)

Firma del empleado (Employee's Signature)

Fecha (Date)

Firme, escriba la fecha y devuelva esta carta a Planned Administrators, Inc., P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260
(Please sign, date, and return this letter to Planned Administrators, Inc., P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260)