

# FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE COBRA

Por Favor completar esta forma y someter con los reclamos a:

**Significa Benefit Services, Inc.**  
**P.O. Box 7777**  
**Lancaster, PA 17604-7777**

## INFORMACION ASEGURADOR DE COBRA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador Anterior: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Empleador del Cónyuge: \_\_\_\_\_

¿Tiene cónyuge la cobertura de seguro médico por Empleador? [ ] Sí [ ] No

¿Si "Sí", es cubierto usted bajo el plan de cónyuge? [ ] Sí [ ] No

Fecha efectiva de Cobertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Esta usted empleado actualmente? [ ] Sí [ ] No

Si "sí", por favor llenar lo siguiente:

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Es cubierto usted bajo el plan de seguro médico de este empleador o algún otro plan de seguro médico? [ ] Sí [ ] No

Si "sí": Nombre de Portador de Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva de Cobertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Es actualmente cubierto usted bajo la Asistencia médica (Medicare)? [ ] Sí [ ] No

Si "sí": Parte A - Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parte B - Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entiendo y convengo que la información dada es verdad y completa.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_