



## PETICIÓN DE INFORMACIÓN DE COBERTURA DOBLE

Si tiene dependientes bajo su plan de beneficios de salud, la siguiente información es necesaria. Por favor complete esta forma, firme, feche y devuélvala a SBS, Inc. at P.O. Box 7777, Lancaster, PA 17604-7777. Fax: (717) 581-8379

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

Nombre de Grupo: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha Enviada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. ¿Tiene dependientes cubiertos bajo otro plan de beneficios de empleo?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

2. Si "Sí", por favor ponga la información siguiente en una lista:

Nombre de Otro Portador de Seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

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

Dependientes Cubiertos: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Terminación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Cónyuge: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor póngase en contacto con nuestra oficina cuando cambios a esta información ocurran. Usted puede recibir peticiones subsecuentes de nosotros en una base anual. Si usted tiene cualquier pregunta por favor póngase en contacto con nuestra oficina.**

### AVISOS

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona archiva una aplicación para seguro o declaración de la reclamación que contiene alguna información materialmente falsa u oculta para el objetivo de engaño, información acerca de cualquier material de hecho además, comete un acto fraudulento de seguros que es un delito y sujeta a tal persona a penas criminales y civiles.